



**SOLICITUD A LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.
PARA SEGURO DE VIDA TEMPORAL DECRECIENTE**

PARTE I

PÓLIZA SD: _____

Nombre Completo: _____ Edad: _____ años.
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Profesión: _____ Ocupación: _____
Nº DUI: _____ Nº de Afiliación ISSS: _____ Nº NIT: _____
Dirección Particular: _____ Tel. _____
Dirección Comercial: _____ Tel. _____
Monto de Préstamo: \$ _____ Suma Asegurada: \$ _____ Tasa Interés ___ % Plazo ___ Años
Cuota Amortización \$ _____ Fecha Otorgamiento: _____
Beneficio Irrevocable (Acreedor) _____
Beneficiarios en caso de remanente: _____

1er Apellido	2do. Apellido	Nombres	Parentesco	%

¿Con qué Compañía tiene usted Seguros de Vida? _____

¿Con qué Compañía ha tenido Seguro de Vida? _____

Diga si le han negado algún Seguro de Vida Si () No () ¿Qué Compañía? _____

Trabajo en: _____

Con el Cargo de: _____ Desde _____

Participo en las siguientes actividades peligrosas: _____

Hago constar que las declaraciones y contestaciones de esta solicitud han sido escritas o dictadas por mí personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo por lo tanto, en que sirvan de base para la emisión del Seguro que solicito.

Asimismo, AUTORIZO a los médicos, hospitales e instituciones que me han atendido en la recuperación de mi salud, para que suministre a la Central de Seguros y Fianzas, S.A. las informaciones que ésta requiera en relación con el seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

San Salvador, _____

(F): _____

DECLARACIÓN DEL ACREEDOR

Hago constar, en nombre del acreedor que los datos que anteceden referentes al crédito son correctos y que las condiciones de Asegurabilidad del prospecto son recomendables.

San Salvador, _____

(Sello): _____

Acreedor

DECLARACION DE SALUD

PARTE II

Declaraciones que el infrascrito Solicitante hace y que constituyen una continuación y forman parte de la solicitud presentada a **LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.**

Peso: _____ Estatura: _____ Nombre de mi médico: _____

Enfermedades por las que me han tratado y fechas: _____

Me han practicado los siguientes exámenes (Hece, Orina, Pulmones, Corazón, Pruebas funcionales de riñón, etc.) _____

Medicamentos que actualmente estoy tomando: _____

Recetados por Doctor: _____ Para: _____

He ingresado a los hospitales o clínicas (enfermedades y fecha): _____

PADECI O ACTUALMENTE PADEZCO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:	MARQUE SÍ ó NO		Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "SI", sirvase dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, nombres de los médicos, síntomas y resultados.						
	SÍ	NO							
Según su leal saber y entender ¿ Ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido (marque la frase pertinente):									
A. Presión Arterial elevada, soplos, enfermedades del corazón, dolor alrededor del corazón, angina, ataque del corazón, palpitaciones ó cualquier trastorno cardíaco?									
B. Cáncer, tumor, quiste o crecimiento de CUALQUIER clase?									
C. Pleuresía, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno o CUALQUIER trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias?									
D. Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso?									
E. Fiebre reumática, reumatismo, artritis, gota, neuritis, ciática o CUALQUIER trastorno de la espalda, espina dorsal, huesos, articulaciones o músculos?									
F. Diabetes o azúcar en la orina, bocio o disturbio del tiroides de CUALQUIER enfermedad del metabolismo?			HISTORIA FAMILIAR						
G. Molestia Estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o el hígado, hemorroides o CUALQUIER molestia del recto?			<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">PARIENTES</td> <td style="text-align: center;">VIVOS</td> <td style="text-align: center;">FALLECIDOS</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Edad - Estado Salud</td> <td style="text-align: center;">Edad - Causa Fallec.</td> </tr> </table>	PARIENTES	VIVOS	FALLECIDOS		Edad - Estado Salud	Edad - Causa Fallec.
PARIENTES	VIVOS	FALLECIDOS							
	Edad - Estado Salud	Edad - Causa Fallec.							
H. Nefritis o albúmina en la orina, cálculos de los riñones, vejiga o vías urinarias, o CUALQUIER trastorno de los riñones, próstata o conductos genito-urinarios?			a) Padre b) Madre c) Hermanos						
I. Electrocardiogramas, examen de rayos X, tratamientos de rayos X o de radio? ¿Por qué?									
J. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de infección por el virus del SIDA?									
¿Ha recibido Ud. Exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 5 años fuera de lo arriba declarado?			PARA MUJERES: Según su leal saber y entender: A. ¿ Está Ud. Embarazada SI ____ NO ____ En caso afirmativo ¿Cuándo dará a luz? _____ B. Según su leal saber y entender. ¿Ha tenido o le han informado tener algún tumor o trastorno de los pechos, ovarios o del útero o CUALQUIER trastorno de los órganos femeninos? _____						
Según su leal saber y entender ¿Padece Ud. ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?									

HÁBITOS

1. ¿Cada cuanto tiempo toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Qué Cantidad? _____

2. ¿Cuántos cigarros se fuma al día? _____ ¿Desde cuándo? _____

3. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento antialcohólico o contra el uso de narcóticos? _____

Convento en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Primera y Segunda Parte conjuntamente. Expresamente renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamaré algún interés en cualquier Póliza emitida en virtud de esta solicitud a todas las disposiciones de la ley que le prohiban a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquiridos por tal medio.

San Salvador, _____

Testigo: _____

Agente Vendedor/Ejecutivo

Firma del Solicitante