

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde, escrita a puño y letra del solicitante sin alteraciones ni tachaduras.

Código: SPN-F.GTP-54

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
-----------------------------------	------------------------	-------------------	----------------

**I. Datos Generales del Tomador del Seguro**

**Datos Persona Natural**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día   Mes   Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año	Edad   Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Giro de la empresa	
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos	
Nivel aproximado de ingresos mensuales			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>Si</b> indicar:			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona que representa
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>Si</b> indicar:			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>Si</b> indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Datos del Cónyuge**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

**II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal** Dirección de cobro 

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

**III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa** Dirección de cobro 

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

**IV. Vigencia**

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

**V. Información de Otros Seguros**

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

**B. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE****I. Datos Personales**

Estatura (en metros)	Peso (en libras)	¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia?
Deportes o hobbies				A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**II. Ingresos**

Ingreso (sueldos, honorarios, dividendos, rentas, etc.) Anual al año anterior (US\$)	Otras ocupaciones y empleos en los últimos 3 años
US\$ Anuales	

**III. Patrimonio (Indicar valor real en US\$)**

Bienes mobiliarios US\$	Bienes inmobiliarios US\$
Otros activos (inversiones bancarias, etc.) US\$	

**IV. Pasivo (Indicar valor real en US\$)**

Obligaciones hipotecarias US\$	Créditos pendientes de reembolso US\$
Otros pasivos (especifique) US\$	

**V. Otros**

Motivo del seguro:
Contratante (si no se trata del mismo asegurado, explicar ampliamente):

## C. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

### I. Beneficiarios

#### BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Por este medio declaro como único beneficiario de mi seguro de vida a la Institución Financiera \_\_\_\_\_ hasta por el saldo de la deuda. Si la suma asegurada contratada en esta póliza supera el saldo de la deuda; designo como beneficiario(s) por el remanente de la suma asegurada si existirá o en caso de no haber responsabilidad crediticia sobre este seguro a:

Nombre completo	Parentesco	No. identidad	Fecha de nacimiento			Porcentaje
			Día	Mes	Año	
			/	/	/	
			/	/	/	
			/	/	/	

#### BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) designado(s) por el remanente de la suma asegurada; si existirá, nombro como beneficiario(s) de contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	No. identidad	Fecha de nacimiento			Porcentaje
			Día	Mes	Año	
			/	/	/	
			/	/	/	

### II. TIPO DE PLAN

**Cobertura Principal:** Muerte por cualquier causa (excepto por suicidio en los primeros 2 años). Temporal de 10 años, renovables por otros 10 años.

Suma a Asegurada: \_\_\_\_\_ Moneda: Dólares  Lempiras

**Suma asegurada Mínima US\$75,000.00 ó L1,800,000.00**

Sumas mayores a US\$ 500,000.00 ó L11,850,000.00 requieren un proceso diferenciado el cual será indicado por la compañía.

Coberturas Adicionales:

Si  No  **Muerte Accidental:** Beneficio opcional adicional a la cobertura principal, desmembramiento y pérdida de la vista por accidente.

Si  No  **Incapacidad Total y Permanente:** Beneficio opcional de adelanto del capital asegurado de la cobertura principal.

**Suma Asegurada para cobertura de Enfermedad Terminal:** Anticipo de Capital de US\$ 10,000.00 o su equivalente en Lempiras.

**Renta Diaria por Hospitalización:** A partir del tercer día de hospitalización. Quedando a opción las siguientes rentas en Dólares o su equivalente en Lempiras:

US\$25.00  US\$50.00  US\$100.00  US\$150.00  US\$200.00  US\$250.00

Período de Carencia o Espera: 90 días por enfermedad; inmediatamente cubierto por accidente.

Deducible de 2 días por cada hospitalización.

Indemnización máxima en el número de días hospitalizados por año póliza: 90 días.

La forma de pago de las primas es:  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

### III. CUESTIONARIO DE SALUD

Ha tenido alguna vez o tiene usted, alguna de las enfermedades o trastornos siguientes (Conteste Si o No). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la línea de la derecha el padecimiento.	Si o No	PADECIMIENTO
a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada o baja, síndrome metabólico, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigo, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula del recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/>	_____
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Menier?	<input type="checkbox"/>	_____
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	<input type="checkbox"/>	_____
g) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, fibromialgia, lumbago, ciática?	<input type="checkbox"/>	_____
h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/>	_____

i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambio de coloración en los tejidos de la boca, vitíligo?

j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?

k) ¿Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?

l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?

m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (Escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?

n) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente: por ejemplo, las enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?

#### IV. ANTECEDENTES HOSPITALARIOS, TRAUMÁTICOS O QUIRÚRGICOS.

a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Indicar clínica u hospital \_\_\_\_\_

c) ¿Han utilizado en usted rayos X, sustancias radioactivas, etc.? \_\_\_\_\_

d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? \_\_\_\_\_

#### V. OTROS ANTECEDENTES

a) ¿Ha sido tratada (o) por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha sido tratada (o) por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

c) ¿Quién es su médico de cabecera? \_\_\_\_\_

d) ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

e) ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica?

Si su respuesta es afirmativa, escriba cual (es) \_\_\_\_\_

#### VI. PARA PERSONAS DE SEXO FEMENINO

a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? \_\_\_\_\_

¿El embarazo transcurre normalmente? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos? \_\_\_\_\_

c) ¿Se demora en su menstruación más de 35 días? ¿Cuánto dura su ciclo menstrual? \_\_\_\_\_ días

d) ¿Hace cuánto se practicó la última citología? \_\_\_\_\_

¿El resultado fue anormal?    Si     No

#### VII. ANTECEDENTES COVID-19:

a) ¿Ha tenido usted en los últimos 03 meses contacto epidemiológico con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

b) En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

c) En los últimos 03 meses ¿Por consejo médico ha estado auto-aislado con algunos síntomas?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Si o No

d) ¿Ha presentado usted manifestaciones clínicas características de COVID-19, como tos seca, fiebre, dificultad para respirar, dolor torácico, pérdida del gusto (ageusia) o pérdida del olfato (anosmia)?

\_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativo, ¿Qué tratamiento recibió?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

e. ¿Actualmente, presenta usted alguna alteración física, signo o síntoma persistente posterior al padecimiento y tratamiento de COVID-19?

\_\_\_\_\_

¿Especifique? \_\_\_\_\_

f. ¿Recibe usted algún tratamiento para el manejo de secuelas de COVID-19?

\_\_\_\_\_

g. En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales?

\_\_\_\_\_

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo?	¿Duración?	¿Secuelas?

**VII. HISTORIAL DE SEGUROS DEL ASEGURADO**

a) ¿Se encuentra en este momento contratando algún otro seguro de vida en esta u otra compañía? Si  No

Compañía	Cobertura Principal	Accidente	Invalidez	Plan Médico	Vigencia Inicio-Fin

b) ¿Tiene actualmente pólizas en vigencia con ésta u otras compañías? Si  No

Compañía	Suma Asegurada Cobertura Principal	Suma Asegurada Accidente	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Plan Médico	Vigencia Inicio-Fin

c) ¿Le ha sido rechazado u ofrecido en condiciones especiales algún Seguro de Vida? Si  No

Especifique Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

d) ¿Ha reclamado o recibido indemnización alguna por accidente, enfermedad grave o invalidez? Si  No

Especifique Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal, no generando riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro, gozo de muy buena salud y que no padezco de enfermedades graves ni que estoy incapacitado.  
Condiciones de salud graves: conjunto de enfermedades o condiciones de salud que ponen en alto riesgo la vida y la salud de una persona y que a la vez involucra elevados costos de atención y tratamiento, así como un nivel elevado de especialización hospitalaria y médica.  
Las enfermedades graves son, pero no limitadas a: Infarto Agudo del Miocardio, Cáncer en cualquier forma, Eventos Cerebro Vascular, Bypass Aorto Coronario, Insuficiencia Renal y/o Hepática, Lupus, SIDA, Síndrome Metabólico. Y toda enfermedad que la compañía considere como tal.
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, laboratorio o clínica que me pudiera haber atendido en la recuperación de la salud, para que suministre a Interamericana de Seguros, S.A. los expedientes o las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal o responsabilidad en tal sentido.
3. Dejo expresa constancia que todas las respuestas en esta solicitud, están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, Interamericana de Seguros, S.A., se eximirá de toda obligación a indemnizar y queda facultada a revocar mi cobertura bajo póliza si así lo desearé.
4. Me doy por enterado que la prima del presente seguro es garantizada por los primeros 10 años, a partir de la renovación del 11avo año la prima será calculada por edad alcanzada. Así mismo, estoy enterado que la prima por la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización podría sufrir incremento en su tarifa en virtud del costo de los servicios de salud.
5. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las estipulaciones generales de la póliza, las cuales forman parte integral del Contrato y estoy de acuerdo con ellas.
6. Autoriza a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluye las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser emitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

### IMPORTANTE

Se advierte al solicitante que conforme al artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones, la inexactitud o falsedad de éstas que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_  
Firma del Solicitante                      Fecha en que se firma                      Nombre y Firma del Productor                      Código del Productor

La firma de la presente solicitud así como la entrega de cualquier importe en concepto de pago de prima, no implica otorgamiento de cobertura hasta tanto el departamento de selección de riesgos de la Compañía se haya pronunciado sobre su aceptación o se haya emitido la póliza, lo que ocurra primero.

### PARA USO INTERNO DE FICOHSA SEGUROS

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Observaciones: