

## SOLICITUD DE SEGURO PSM INTERNACIONAL

### IMPORTANTE (Código de Comercio)

**Artículo 1141:** Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurado no habría dado su consentimiento o no lo habría en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

**Artículo 1143:** En los seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si éstos tuvieren noticias de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias, se aplicarán a favor del asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero.

Este cuestionario es confidencial para uso de la Compañía de Seguros, antes de Firmar asegúrese de leer toda la solicitud, ésta forma parte legal de su expediente. **Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, ni comillas y escrita de puño y letra del solicitante.**

### INFORMACION DEL TITULAR

1. Nombre del Solicitante Titular: \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 3. Edad: \_\_\_\_\_ 4. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 5. Sexo (M ó F): \_\_\_\_\_

6. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 7. Estatura \_\_\_\_\_ Mts 8. Peso \_\_\_\_\_ Lbs. 9. Identidad #: \_\_\_\_\_

10. No. RTN \_\_\_\_\_ 11. Pasaporte #: \_\_\_\_\_ 12. Carné de Residente: \_\_\_\_\_

13. Nacionalidad: \_\_\_\_\_ 14. Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

15. Teléfono: \_\_\_\_\_ 16. Celular: \_\_\_\_\_

17. E-mail Personal: \_\_\_\_\_ 18. Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_

19. Dirección: \_\_\_\_\_ 20. Teléfono: \_\_\_\_\_

21. Fax: \_\_\_\_\_ 22. Profesión: \_\_\_\_\_ 23. Ocupación o Cargo: \_\_\_\_\_

24. E-mail Laboral: \_\_\_\_\_ 25. Sitio Web: \_\_\_\_\_ 26. Tiempo de Laborar en la empresa: \_\_\_\_\_

27. Giro o Actividad Económica del Negocio \_\_\_\_\_

28. Dirección para recibir correspondencia: Domicilio:  Comercial:  Otro:  \_\_\_\_\_

29. Mantiene póliza suscritas con esta u otra (s) Aseguradora (s), : SI  NO  (especifique)

1. Especifique su fuente de Ingresos: \_\_\_\_\_

#### A cuantos salarios mínimos equivale su ingreso mensual (actividad principal):

De 0 – 3  De 4 – 6

De 7 – 10  De 11-20

De 21-50  De 50 en adelante

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI  NO

Si su respuesta es SI detalle:

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Valor mensual estimado: \_\_\_\_\_

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI  NO

Tipo de Moneda: Dólar  Euro  Otra \_\_\_\_\_

Dos (2) Referencias de las Siguietes; Laborales, Personales, Bancarias o Comerciales:

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

### INFORMACION DEL CONYUGE

1. Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 3. Edad: \_\_\_\_\_ 4. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 5. Sexo (M ó F): \_\_\_\_\_

6. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 7. Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. 8. Peso: \_\_\_\_\_ Lbs. 9. Identidad #: \_\_\_\_\_

10. No. RTN \_\_\_\_\_ 11. Pasaporte #: \_\_\_\_\_ 12. Carné de Residente: \_\_\_\_\_

13. Nacionalidad: \_\_\_\_\_ 14. Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_ 15. Dirección: \_\_\_\_\_

16. Profesión \_\_\_\_\_ 17. Fuente de ingreso: \_\_\_\_\_

18. Sitio web: \_\_\_\_\_ 19. Teléfono: \_\_\_\_\_ 20. Celular: \_\_\_\_\_ 21. Fax: \_\_\_\_\_

22. Ocupación o Cargo: \_\_\_\_\_ 23. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## COBERTURAS SOLICITADAS

**1. A. SEGURO DE VIDA (Lempiras)**

Suma asegurada para Titular:

100,000	<input type="checkbox"/>	200,000	<input type="checkbox"/>	300,000	<input type="checkbox"/>
400,000	<input type="checkbox"/>	500,000	<input type="checkbox"/>	600,000	<input type="checkbox"/>
700,000	<input type="checkbox"/>	800,000	<input type="checkbox"/>	900,000	<input type="checkbox"/>
		1,000,000	<input type="checkbox"/>		

**Suma asegurada para Cónyuge:**

100,000	<input type="checkbox"/>	200,000	<input type="checkbox"/>	300,000	<input type="checkbox"/>
400,000	<input type="checkbox"/>	500,000	<input type="checkbox"/>	600,000	<input type="checkbox"/>
700,000	<input type="checkbox"/>	800,000	<input type="checkbox"/>	900,000	<input type="checkbox"/>
		1,000,000	<input type="checkbox"/>		

**B. PLAN MEDICO**

Extensión Geográfica: Elite (Mundial)  Premier 1 (Mundial)  Oro Plus (Mundial)  Oro (Centroamericano)

**C. PLAN DENTAL** SI  NO  Si su respuesta es si: Nombre del Odontólogo \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono del Odontólogo \_\_\_\_\_

**El pago de sus gastos médicos será a través de transferencia, por lo tanto debe completar el formulario de autorización.**

**2. Información de los Familiares Dependientes (Si desea la cobertura de Gastos Médicos para ellos)**

NOMBRES COMPLETOS	DIA	MES	AÑO	EDAD	ESTATURA MTS.	PESO LBS.	SEXO
Cónyuge:							
Hijos:							

3. Nombre, especialidad y dirección completa de los médicos que atienden regularmente a usted y a cualquiera de los miembros de su familia: \_\_\_\_\_

4. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor?: SI  NO

5. ¿Las personas a asegurar en esta póliza tienen o han tenido Seguros de Vida y Gastos Médicos? SI  NO

COMPAÑIA	FECHA DE EMISION	MONTO DEL SEG. DE VIDA	BENEFICIO MAX. GTOS. MEDICOS	PERSONA ASEGURADA	PARENTESCO

6. ¿A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les ha sido rechazada, aplazada, modificada, aumentado las tarifas, en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de Vida, accidentes o Médico? SI  NO  Por favor detalle:

NOMBRE	COMPAÑIA	FECHA	TIPO DE SEGURO	RAZON

7. ¿Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiarios de pólizas de Accidentes o Gastos Médicos o por invalidez? SI  NO  Por favor detalle:

NOMBRE	COMPAÑIA	FECHA	CANTIDAD RECIBIDA	CAUSA

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

8. ¿Se encuentra en estos momentos usted o cualquiera de los familiares dependientes nombrados en esta solicitud, bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?

SI  NO  Por favor detalle:

NOMBRE	DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO	DOSIS	TRATAMIENTO

9. ¿Ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Marque SI o NO. De ser afirmativa su respuesta, en el siguiente cuadro detalle en la casilla correspondiente la persona que aplica a el (los) padecimiento (s):

	Asegurado Principal		Dependientes		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
	SI	NO	SI	NO	
A) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	SI	NO	
C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	SI	NO	
D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas, fiebre reumática, arritmia cardíaca?	SI	NO	SI	NO	
E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto y ano, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	SI	NO	
F) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, hernia, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	SI	NO	SI	NO	
G) ¿Enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrinológico, diabetes, Dislipidemia, Hiperucemia?	SI	NO	SI	NO	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, la espalda y las articulaciones, discos intervertebrales?	SI	NO	SI	NO	
J) ¿Trastornos de la piel, manchas, acné, glándulas linfáticas, quistes, tumor, cáncer?	SI	NO	SI	NO	
K) ¿Alergias, anemia, cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea, sistema linfático?	SI	NO	SI	NO	
L) Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	SI	NO	SI	NO	
M) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	SI	NO	
N) Además de lo arriba mencionado, <b>durante los últimos cinco años:</b> 1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? 2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? 3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? 4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
Ñ) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquiera otra droga?	SI	NO	SI	NO	
O) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño?	SI	NO	SI	NO	
P) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
Q) ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?	SI	NO	SI	NO	
R) ¿Cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI	NO	SI	NO	
S) ¿Ha sido receptor o donador de órganos? Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
T) ¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	

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

**SOLO PARA MUJERES**

U) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	SI	NO	
V) ¿Operación cesárea?	SI	NO	SI	NO	
W) Indique fecha de su última menstruación. _____ 1) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Si su respuesta es si, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento).	SI	NO	SI	NO	
<b>CUESTIONARIO SOBRE LOS HÁBITOS DEL SOLICITANTE</b>					
X) ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente, o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol y otras drogas?	SI	NO	SI	NO	
Y) ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad peligrosa?	SI	NO	SI	NO	
Z) ¿Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?	SI	NO	SI	NO	

Si cualquiera de las respuestas fueran afirmativas, dé detalles a continuación:

*Ejemplo:*

PREGUNTA <i>25 - E</i>	PERSONA A LA QUE APLICA <i>Carlos Peña</i>	DOLENCIA Y TRATAMIENTO <i>Úlcera Péptica</i>	FECHA DEL TRATAMIENTO <i>Nov -90</i>
DURACION 6 meses	NOMBRE DEL MEDICO <i>Juan López</i>	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA <i>Centro de Salud</i>	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACION	NOMBRE DEL MEDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	

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

**EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIOS DE MI SEGURO DE VIDA A:  
BENEFICIARIOS DEL TITULAR**

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	%	IDENTIDAD #	DIRECCION
<b>Primeros Beneficiarios</b>				
<b>Beneficiarios Contingenciales</b>				
_____		_____		
Firma del Titular		Fecha en que Firma		

**EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIOS DE MI SEGURO DE VIDA A:  
BENEFICIARIOS DEL CONYUGE**

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	%	IDENTIDAD #	DIRECCION
<b>Primeros Beneficiarios</b>				
<b>Beneficiarios Contingenciales</b>				
_____		_____		
Firma del Cónyuge		Fecha en que Firma		

**CONSENTIMIENTO DE PAGO**

Por la presente solicito a **Seguros Crefisa S.A.**, la protección de Seguro por la cantidad o cantidades, forma o formas para las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato de Seguro emitido al Contratante y autorizo a éste a que haga el cargo de la cantidad requerida, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo mediante aviso escrito al Contratante.

FORMA DE PAGO: Cargo a Tarjeta de Crédito:  Talonario de Pago:  Facturas a Nombre de la Empresa:

Emitir factura a nombre de (Aplica solamente para Facturas a Nombre de la Empresa) \_\_\_\_\_

Si el pago de sus primas será a través de cargo a tarjeta de crédito debe completar el formulario de autorización.

**NO ES NECESARIO HACER DEPÓSITO CON EL INGRESO A ANÁLISIS DE ESTA SOLICITUD.  
LA PRIMERA PRIMA SE PAGARÁ HASTA QUE SE LE NOTIFIQUE LA APROBACIÓN.**

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

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, Compañía de Seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mi, mi cónyuge o sobre mi salud, la de mi cónyuge o la de mis hijos menores, para que divulgue esa información a **Seguros Crefisa S.A.** en el momento que la Compañía lo considere necesario para evaluar de mi grupo familiar el Seguro de Vida, el seguro de Gastos Médicos, Plan Dental o cualquier otro beneficio que se ofrezca bajo el presente programa.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. La Compañía puede solicitar que me someta a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán a informe de análisis de orina, electrocardiogramas, radiografías y pruebas sanguíneas para diabetes, infección por el virus del SIDA, trastornos hepáticos y renales.

Asimismo, autorizo a Seguros Crefisa S.A. acceder a la central de Riesgos de la CNBS y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representante como mi persona podamos tener en el sistema comercial o financiero.

En mi calidad de asegurado titular, estas autorizaciones se extienden para mi cónyuge y todos mis hijos que soliciten cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad.

### DECLARACIONES

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la Póliza solicitada.

Declaro explícitamente que los recursos que poseo así como mi profesión, mi actividad u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales, asimismo están regidos por lo que se estipula en las Leyes de nuestro país.

Consiento que de comprobarse que la información que he declarado en la presente solicitud es de falso testimonio, la Compañía está facultada para declinar y/o cancelar la cobertura proveniente de este seguro, sin que ello involucre responsabilidad alguna para dicha Compañía.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del (la) Propuesto (a) Asegurado (a) Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Propuesto (a) Asegurado (a) Titular

\_\_\_\_\_  
Nombre del (la) Propuesto (a) Asegurado (a) Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Propuesto (a) Asegurado (a) Cónyuge

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
CODIGO DE CORREDOR

### PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS CREFISA, S.A.

APROBADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA EFECTIVA: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE APROBACION

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