

INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGUROS Y REASEGUROS
"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA DEUDORES"
DECLARACIÓN Y CERTIFICADO INDIVIDUAL



Póliza No:		Acreedor:	
SECCIÓN - I: DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO			
1. Nombre del propuesto asegurado: 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre			
2. No de Cédula:		3. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (dd/mm/aa)	
4. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		5. Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión de hecho estable <input type="checkbox"/>	
6. Profesión, Ocupación u Oficio (Describa):		7. Teléfono:	8. Correo Electrónico:
9. Dirección del domicilio:		10. Municipio:	11. Departamento:
12. Peso (en libras):		13. Estatura (En metros):	
14. ¿Ha aumentado o disminuido de peso?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> si la respuesta es SI, ¿Cuántas libras?:			
15. ¿Tiene otros seguros vigentes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Si la respuesta es SI, de detalles en el cuadro siguiente.			
16. Consentimiento de Arbitraje: ¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiera de este contrato? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
17. ¿Este seguro reemplaza o repondrá algún seguro existente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , si la respuesta es SI, de detalles en el cuadro siguiente.			
Tipo de seguro	Compañía aseguradora	No. De Póliza	Suma asegurada
18. Importe del préstamo:		19. Moneda: Córdoba <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/>	
20. Plazo del préstamo: _____ Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>		21. ¿Es nicaragüense? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , si no es Nicaragüense de detalles (Informe si no vive o reside en Nicaragua):	
SECCIÓN II - CUESTIONARIO DE SALUD			
¿En los últimos cinco (5) años, ha recibido tratamiento o ha sido avisado de padecer o es de su conocimiento que padece de alguna enfermedad o condición médica o sufre de lo siguiente? (Conteste con un SI o un NO)			
1	Enfermedades del corazón, los pulmones, los riñones, del hígado (Cirrosis hepática), presión arterial alta (Hipertensión Arterial), de la columna vertebral (Ciática, escoliosis, hernia discal), los huesos (Artritis, artrosis, artralgias), de los intestinos (Ulceras gástricas, colitis) ¿Enfermedades de la próstata, cáncer, tumores (Benignos o malignos), parálisis, enfermedades del sistema nervioso central o cualquier otra enfermedad no mencionada en esta pregunta?		
2	Si el propuesto asegurado es mujer, ¿Se encuentra embarazada o padece de alguna enfermedad de la matriz, ovario o mamas?		
3	¿Fuma?, ¿Ingiere licor?, ¿Usa alguna droga? Si responde SI, indique años de consumo y cantidad diaria.		
4	¿En los últimos cinco (5) años, le han practicado exámenes médicos?, (Indique el nombre de los exámenes realizados y sus resultados).		
5	¿Usted ha consultado o ha recibido o recibe algún tratamiento indicado por algún médico por un periodo mayor de treinta (30) días?		
6	¿Ha sido hospitalizado (a) o ha sido sometido (a) a intervenciones quirúrgicas (Operaciones) por enfermedad o accidente?		
7	¿Adolece (padece) de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?		
8	¿Actualmente usted tiene diagnosticada alguna enfermedad crónica y/o grave que requiera vigilancia médica frecuente, tratamiento médico continuo y que ponga en riesgo su vida?		
9	¿Se encuentra de subsidio médico, o está en proceso de ser declarado con algún tipo de incapacidad o invalidez médica?		
Si respondió positivamente a alguna de las preguntas de la Sección No II de detalles en el siguiente cuadro anotando fecha del diagnóstico, tratamientos recibidos, exámenes realizados y complicaciones presentadas.			
SECCIÓN - III - ANOTACIONES			

Nota: Se previene al propuesto asegurado que debe de declarar todos los hechos que se refiere este cuestionario tal y como lo conozca o debe de conocer en el momento de firmarlo en el entendido que la no declaración o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, aún hecho de buena fe, siempre que puede influir en la celebración del contrato, origina la pérdida de derecho del asegurado, o del beneficiario en su caso, de acuerdo con el artículo No 541 del código de comercio.

SECCIÓN IV - DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

Declaración: Declaro bajo mi responsabilidad, que las respuestas y datos aportados son claros, completos y verdaderos hasta donde llegan mis conocimientos y estoy entendido que cualquier declaración incorrecta, imprecisa, inexacta, o falsa, será motivo suficiente para anular o cancelar el proceso de trámites de seguros. Entiendo que la presente solicitud de seguro no vincula al asegurador, por lo que INISER no asumirá responsabilidad hasta que esta solicitud sea aprobada en documentos escrito por funcionario autorizado y que, además, se reserva el derecho de solicitar todas las evidencias que considere pertinente y de rechazar la solicitud. Por medio de este documento consiento a que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al INISER, sean incluidos y archivados para el análisis y delimitación del riesgo, y en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual.

Autorización: Autorizo a cualquier profesional de la medicina, trabajador de la salud, hospital, clínica (Epidemiológica, privada o pública), compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información escrita, evaluaciones médicas, cuidados, tratamientos, consultas, diagnósticos solicitada por el Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros (INISER), tanto durante mi vida como posterior a mi muerte, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto: 8 (LEY GENERAL DE SALUD). También relevo del secreto profesional a los laboratorios, clínicas u hospitales, a fin de que puedan dar información que solicite INISER, con mis nombres, apellidos e historial clínico en caso de padecer en vida o haber fallecido por alguna o algunas enfermedades transmisibles y que éstas a su vez, se encuentren amparadas bajo la Ley 238.

INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGUROS Y REASEGUROS
"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA DEUDORES"
DECLARACIÓN Y CERTIFICADO INDIVIDUAL



SECCIÓN – V - RESUMEN INFORMATIVO PROPORCIONADO POR EL CONTRATANTE

1.- Importe del préstamo: Dólar <input type="checkbox"/> Córdoba <input type="checkbox"/>	2.- Crédito Nuevo <input type="checkbox"/> Reestructuración de Crédito <input type="checkbox"/>
3.- Plazo: Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>	4.- Número de Crédito: _____
5.- Forma de Pago: _____	
6.- Coberturas solicitadas: a) Seguro Básico (muerte por cualquier causa) b) BIAC (anticipo de suma asegurada por incapacidad total y permanente): SI ___ NO ___	
7.- Tipo de Crédito: Crédito Decreciente <input type="checkbox"/> Línea de Crédito <input type="checkbox"/> Crédito al Vencimiento <input type="checkbox"/>	

8. Principales Cláusulas Aplicables a la Cobertura Básica:

Indisputabilidad

Después que esta póliza haya estado en vigor, sin interrupción durante dos años, su validez no será disputada por omisión o inexacta declaración de los hechos esenciales que proporcionare el contratante para la correcta apreciación del riesgo. Con relación a cada miembro de nuevo ingreso al grupo asegurado, el plazo que se indica en el párrafo anterior, se empezará a contar a partir de la fecha en que dichos miembros quedaren asegurados.

Suicidio

En caso de muerte de un deudor asegurado por suicidio ocurrido durante los dos (2) primeros años de la emisión o rehabilitación de su certificado individual, el INISER solamente cubrirá el importe de las primas pagadas a la fecha en que ocurriere el fallecimiento, cualquiera que haya sido la causa del suicidio y el estado mental o físico del deudor asegurado. Con relación a cada miembro de nuevo ingreso al grupo asegurado, el plazo que se indica en el párrafo anterior, se empezará a contar a partir de la fecha en que dichos miembros quedaren asegurados.

9. Principales exclusiones del BIAC:

a) Acciones u operaciones militares de guerra (declarada o no), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, sedición, conspiración militar, terrorismo, tumultos populares relacionados o no en cualquier forma con motivos políticos, huelgas, asonada, motín, golpe militar, por aplicación de la Ley Marcial, usurpación o intento de usurpación de poder, sabotaje, detención por o bajo la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, alteraciones del orden público y delitos contra la constitución política del estado. En todos estos casos se aplicará la exclusión sea que el asegurado participe o no activamente en tales hechos. **b)** Acciones o actividades militares, policiales, de seguridad o de bomberos. **c)** Acciones delictuosas, infracciones al régimen legal aplicable, relacionados con la seguridad de las personas, en las cuales participe el (los) deudor (es) asegurado (s). Si se tratare de un accidente de tránsito, el asegurado no tendrá derecho a la indemnización prevista, si comete infracciones clasificadas como Muy Peligrosas y/o Peligrosas, conforme lo establecido en la ley No. 431 "LEY PARA EL RÉGIMEN DE CIRCULACIÓN VEHICULAR E INFRACCIONES DE TRÁNSITO", sus reformas y adiciones. **d)** Muerte o lesiones provocados intencionalmente por el (los) deudor (es) asegurado (s), suicidio, tentativa de suicidio o lesiones causadas a sí mismo por el (los) deudor (es) asegurado (s), cualquiera sea el estado mental del (de los) deudor (es) asegurado (s). **e)** Participación activa del (de los) deudor (s) asegurado (s) en delitos, duelos, riñas y vendettas. **f)** Actos que pongan deliberada e innecesariamente en riesgo la integridad física y la vida del (de los) deudor (es) asegurado (s), salvo tentativa de salvamento de su vida, la vida de otros o bienes. **g)** Accidentes que sean producidos por el (los) deudor (es) asegurado (s) mientras se encuentre en estado de sonambulismo, bajo la influencia de cualquier otro tipo de sustancias o drogas psicoactivas, a menos que las drogas hubiesen sido administradas por prescripción médica conforme lo normado por la autoridad competente y la ley de la materia o cuando el (los) deudor (es) asegurado (s) se encuentre en estado de intoxicación alcohólica (embriaguez), con niveles superiores a 0.5 gramos /litros de alcohol en sangre o cuando un médico autorizado por la autoridad competente, haga el diagnóstico clínico de etilismo agudo y/o intoxicación alcohólica aguda. **h)** Enfermedades o padecimientos corporales o mentales de cualquier naturaleza, aunque el accidente sea la causa precipitante. **i)** Participación en Deportes de Alto Riesgo o Extremos. **j)** Incapacidad ocasionada por enfermedad (es) originada (s) o padecida (s) y/o accidente (s) sufrido (s) por el (los) deudor (es) asegurado (s) con anterioridad a la fecha de ingreso a la agrupación que representa el contratante, independientemente que esta (s) hubiesen sido declarados por el (los) deudor (es) asegurado (s).

Nota: Conforme se indica en las exclusiones aquí enunciadas se consideraron las más relevantes; no obstante deberá observarse lo que se indica en las condiciones generales y particulares de la póliza.

10. Edad De Admisión Y Terminación

	ADMISIÓN	TERMINACIÓN
Seguro Básico (muerte por cualquier causa)	15 a 65 años	70 años
BIAC (anticipo de suma asegurada por incapacidad total y permanente)	15 a 60 años	61 años

11. Aviso de Siniestro:

Conforme Guía básica para la gestión de reclamos entregada por el contratante.

OBLIGATORIAMENTE el presente certificado individual deberá estar fechado y firmado por el deudor.

Así mismo, confirmo haber sido informado de forma clara, precisa, oportuna y adecuada sobre los alcances, responsabilidades, obligaciones y consecuencias del seguro a ser contratado, conforme oferta presentada por el Instituto o la información contenida en esta solicitud declaración y certificado individual.

Firmado en: _____ el día _____ del mes _____ del año _____

Nombre y apellido del propuesto asegurado

Firma del propuesto asegurado

Firma autorizada INISER