

| I. DATOS DEL SOLICITANTE | |
|---|--|
| 1. Nombre del Asegurado/titular: _____ | |
| 2. Lugar y fecha de nacimiento: _____ 3. Edad: _____ Años | |
| 4. Número de NIT: _____ 5. Sexo: F () M () 6. Estado civil: _____ | |
| 7. Estatura: _____ mts. 8. Peso: _____ lbs. 9. Dirección del Asegurado titular: _____ | |
| 10. n.º de teléfono de casa: _____ 11. n.º de teléfono celular: _____ | |
| 12. Profesión: _____ 13. n.º de ISSS: _____ | |
| 14. n.º de DUI: _____ 15. Lugar y fecha de expedición: _____ | |
| 16. Nombre del lugar de trabajo: _____ | |
| 17. Dirección de lugar de trabajo: _____ | |
| 18. n.º de teléfono de trabajo: _____ 19. Email: _____ | |
| 20. Descripción exacta de su ocupación: _____ | |
| 21. Dirección para recibir correspondencia: Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> | |
| Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | |

| II. ALCANCE TERRITORIAL | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1. Mundial <input type="checkbox"/> | 2. Centro América (Excluye Panamá y Belice) <input type="checkbox"/> | 3. Nacional <input type="checkbox"/> |

| III. PLANES | |
|---|---|
| A. PLAN MÉDICO: La cobertura es de acuerdo al plan contratado. | |
| Indicación: Elija una plan de gastos médicos. | |
| Opción I: | Plan SF mundial I US \$ 500,000.00 máximo vitalicio () |
| Opción II: | Plan SF mundial II US \$ 250,000.00 máximo vitalicio () |
| Opción III: | Plan SF centroamericano US \$ 100,000.00 máximo vitalicio () |
| Opción IV: | Plan SF nacional I US \$ 50,000.00 máximo vitalicio () |
| Opción V: | Plan SF nacional II US \$ 25,000.00 máximo vitalicio () |
| B. PLAN DENTAL: Este plan otorga cobertura únicamente para gastos realizados en El Salvador. | |
| Indicación: Desea incluir plan dental SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Opción I: | US \$ 5,000.00 |
| Opción II: | US \$ 2,500.00 |
| Opción III: | US \$ 1,000.00 |
| Opción IV: | US \$ 1,000.00 |
| Opción V: | US \$ 500.00 |
| Nota: Las opciones del plan dental corresponden con el plan médico; no se pueden combinar. | |

IV. FAMILIARES DEPENDIENTES (SI DESEA INCLUIRLOS EN LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y PLAN DENTAL)

1. ¿Posee grupo familiar (esposa(o), hijos)?

SI

☐

NO

☐

| DATOS DE FAMILIARES DEPENDIENTES | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|-----|-----|------|----------|------|------|----------|
| NOMBRE COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | ESTATURA | PESO | SEXO | n.º ISSS |
| | DÍA | MES | AÑO | AÑOS | MTS. | LBS. | F/M | |
| Cónyugue: | | | | | | | | |
| Hijos: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

2. Nombre y dirección completa de los médicos que lo atienden regularmente a usted o a cualquiera de los miembros de su familia a asegurarse:

3. Indique los seguros de vida y gastos médicos que tenga en vigor o en trámite y además, los seguros de gastos médicos que ha tenido:

Detalle las personas cubiertas, favor indique Si o No.

| TITULAR | | CÓNYUGUE | | HIJOS | | ASEGURADORA | FECHA DE EMISIÓN | SUMA ASEGURADA VIDA | SUMA DE GASTOS MÉDICOS |
|---------|----|----------|----|-------|----|-------------|------------------|---------------------|------------------------|
| SI | NO | SI | NO | NO | SI | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

4. ¿Reemplaza este seguro a alguna otra póliza actualmente en vigor?

SI

☐

NO

☐

Especifique:

5. ¿A usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les ha sido rechazadas, aplazadas, limitadas, modificadas, aumentadas las tarifas en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de vida, accidentes personales o gastos médicos?

SI ☐ NO ☐

Por favor detalle:

| PERSONA A LA QUE APLICA | ASEGURADORA | FECHA | TIPO DE SEGURO | CAUSA |
|-------------------------|-------------|-------|----------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. ¿Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiarios de pólizas de seguro de gastos médicos, accidentes personales o invalidez?

SI ☐ NO ☐

Por favor detalle:

| NOMBRE DE RECLAMANTE | ASEGURADORA | FECHA | CANTIDAD RECIBIDA | CAUSA |
|----------------------|-------------|-------|-------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. ¿Se encuentra en estos momentos usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurarse bajo observación o tratamiento médico, o tomando algún medicamento?

SI ☐ NO ☐

Por favor detalle:

| PERSONA A LA QUE APLICA | PADECIMIENTO | MEDICAMENTOS | DOSIS | DURACIÓN DEL TRATAMIENTO |
|-------------------------|--------------|--------------|-------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

8. ¿Tiene o ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Indique SI o NO, escribiendo en la casilla correspondiente el nombre de la persona que aplica a cada una de las enfermedades detalladas en el cuadro y subraye el padecimiento al que se refiere, de los descritos en cada literal).

| V. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | | | | | |
|---|---------------------|----|--------------|----|--|
| PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | ASEGURADO O TITULAR | | DEPENDIENTES | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA CUAL(ES) ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA |
| A) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta? | NO | SI | NO | SI | |
| B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza parálisis, embolia, apoplejía? | NO | SI | NO | SI | |
| C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño? | NO | SI | NO | SI | |
| D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, arritmia cardíaca, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales o venas varicosas? | NO | SI | NO | SI | |
| E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano o hígado? | NO | SI | NO | SI | |
| F) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos? | NO | SI | NO | SI | |

| V. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | | | | | |
|--|---------------------|----|--------------|----|--|
| PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | ASEGURADO O TITULAR | | DEPENDIENTES | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA CUAL(ES) ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA |
| G) ¿Diabetes, dislipidemia, hiperuricemia, enfermedades de la tiroides u otro trastorno endocrínologo? | NO | SI | NO | SI | |
| H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática? | NO | SI | NO | SI | |
| I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, discos intervertebrales, la espalda y las articulaciones? | NO | SI | NO | SI | |
| J) ¿Trastornos de la piel, manchas y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer? | NO | SI | NO | SI | |
| K) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea o sistema linfático? | NO | SI | NO | SI | |
| L) ¿Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus VIH, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena? | NO | SI | NO | SI | |

| V. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | | | | | |
|--|---------------------|----|--------------|----|--|
| PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | ASEGURADO O TITULAR | | DEPENDIENTES | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA CUAL(ES) ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA |
| M) ¿Padece o ha padecido usted o algún miembro de su grupo familiar, algún trastorno mental o físico así como cualquier enfermedad o malformación congénita? | NO | SI | NO | SI | |
| N) Además de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años usted: | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, lesión u operación? | NO | SI | NO | SI | |
| 2. ¿Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? | NO | SI | NO | SI | |
| 3. ¿Se le ha hecho algún electrocardiograma o radiografía u otras pruebas diagnósticas? | NO | SI | NO | SI | |
| 4. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha realizado? | NO | SI | NO | SI | |
| N) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño etc.? | NO | SI | NO | SI | |
| O) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad? | NO | SI | NO | SI | |
| P) ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? (indique el familiar y el padecimiento al que se refiere) | NO | SI | NO | SI | |

| V. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | | | | | |
|---|---------------------|----|--------------|----|--|
| PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | ASEGURADO O TITULAR | | DEPENDIENTES | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA CUAL(ES) ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA |
| Q) ¿Ha sido usted o cualquiera de su grupo familiar a asegurarse, receptor o donador de órganos? (Especifique) | NO | SI | NO | SI | |
| R) ¿A usted o alguno de sus miembros del grupo familiar a asegurarse, le han hecho transfusiones de sangre o terapia con hemoderivados? | NO | SI | NO | SI | |
| S) ¿Ha recibido usted o cualquiera de su grupo familiar, tratamientos con radioterapia y/o quimioterapia? | NO | SI | NO | SI | |

| VI. PARA MUJERES (TITULAR O DEPENDIENTE) | | | | | |
|---|----|----|----|----|--|
| U) ¿Trastornos en los órganos reproductivos, menstruación, embarazos o problemas de los senos? | NO | SI | NO | SI | |
| T) ¿Operación cesárea? | NO | SI | NO | SI | |
| U) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (si es así, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento) | NO | SI | NO | SI | |

| VII. HÁBITOS Y ACTIVIDADES ESPECIALES | | | | | |
|---|---------------------|----|--------------|----|--|
| PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES | ASEGURADO O TITULAR | | DEPENDIENTES | | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA CUAL(ES) ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA |
| W) ¿Usted o cualquiera de sus miembros de su familia, fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol u otras drogas? (indicar cantidades) | NO | SI | NO | SI | |
| X) ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes a asegurarse, alpinismo, carreras de auto, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta, u otra actividad o deporte considerado de alto riesgo o peligroso ya sea como aficionado o a nivel profesional? | NO | SI | NO | SI | |
| Y) ¿Ha sido, es o piensa ser piloto aviador o miembro de la tripulación de un avión particular o comercial? | NO | SI | NO | SI | |

SI CUALQUIERA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES FUERAN AFIRMATIVAS, DETALLE A CONTINUACIÓN:

| PREGUNTA | PERSONA A LA QUE APLICA | DOLENCIA Y TRATAMIENTO | FECHA DE TRATAMIENTO |
|----------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | | |
| DURACIÓN | NOMBRE DEL MÉDICO | NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA | |
| | | | |

| PREGUNTA | PERSONA A LA QUE APLICA | DOLENCIA Y TRATAMIENTO | FECHA DE TRATAMIENTO |
|----------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | | |
| DURACIÓN | NOMBRE DEL MÉDICO | NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA | |
| | | | |

SI CUALQUIERA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES FUERAN AFIRMATIVAS, DETALLE A CONTINUACIÓN:

| PREGUNTA | PERSONA A LA QUE APLICA | DOLENCIA Y TRATAMIENTO | FECHA DE TRATAMIENTO |
|----------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | | | |
| DURACIÓN | NOMBRE DEL MÉDICO | NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA | |
| | | | |

En caso de ser aceptada mi solicitud, que es la base para la expedición del seguro a mi favor, 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, FEDECRÉDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS se eximirá de toda obligación de indemnizar.

**IMPORTANTE
(CÓDIGO DE COMERCIO)**

Art. 1369.- Quien solicite un contrato de seguro está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o los deba conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

Quien contrate por tercero deberá declarar los hechos relativos al riesgo, tal como éste los conozca o deba conocerlos.

Art. 1370.- El dolo o culpa grave en las declaraciones a que se refiere el artículo anterior, da al asegurador acción para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda.

El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Notas importantes:

- 1-Las respuestas y datos que deban consignarse en este documento deben ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud.
- 2-Las respuestas que no sean pertinentes se contestarán con la palabra "NADA", considerándose en sentido negativo toda la falta de contestación o la sustitución de dicha palabra por raya u otros signos, siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o persona a ser asegurada.
- 3- Antes de firmar, asegúrese de leer la solicitud, pues ésta forma parte legal del expediente.
- 4-Este cuestionario es confidencial para uso de FEDECRÉDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.
- 5- Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rayas, comillas, o la expresión "no aplica", ni deberá contener tachones, ni borrones y deberá ser escrita del puño y letra del solicitante.

CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a FEDECRÉDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, la protección del seguro por la cantidad, forma o formas por 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 por la cantidad requerida, para cubrir el valor de las primas.

Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho caso en cualquier tiempo mediante aviso escrito al contratante.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio o cualquier miembro de la profesión médica, Aseguradora, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona, que pueda tener información o conocimiento sobre mí, mi cónyuge y todos mis hijos que solicitan cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad, siempre y cuando dependan económicamente de mí, para que divulgue esa información a FEDECRÉDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS o a sus reaseguradores, en el momento que la Aseguradora lo considere necesario para evaluar mi grupo familiar en el seguro individual de gastos médicos, plan dental o cualquiera otro beneficio que se ofrezca bajo el presente programa de seguro.

Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Asimismo, la Aseguradora puede solicitar que yo o cualquier miembro de mi grupo familiar se sometan a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar la solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán, a informe de análisis de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos en sangre, diabetes, infección por el virus del SIDA, trastornos hepáticos y renales. Si se requiere un examen médico de mi persona solicito ser entrevistado.

Lugar y fecha _____, _____ de _____ del _____

Nombre del propuesto Asegurado

X

Firma del propuesto Asegurado