

## Tipo de Préstamo Solicitado

Propósito del Préstamo: \_\_\_\_\_  
 Valor de Compra Venta: \_\_\_\_\_ Plazo Solicitado: \_\_\_\_\_  
 Ubicación del Bien: \_\_\_\_\_ Monto Solicitado: \_\_\_\_\_  
 Vivienda Nueva  Vivienda no Nueva  Construcción  Terreno

## Información del Deudor y/o Feador

1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_  
 1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Identificación: Cédula de Identidad  Cédula de Residencia  Pasaporte  Carnet de Diplomático   
 Nº. de Identidad: \_\_\_\_\_ Nº. de Registro \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Número de Dependientes: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección Domiciliar (Detallar): \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Comarca: \_\_\_\_\_ Barrio o Reparto: \_\_\_\_\_  
 Nº. de Casa: \_\_\_\_\_  
 Casa Propia  Alquiler  Mensualidad US\$ \_\_\_\_\_  
 Familiares  Hipoteca/Banco  Mensualidad US\$ \_\_\_\_\_ Años de Residir: \_\_\_\_\_  
 Familiar que no Resida Contigo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

## Fuente de Ingresos

Empresa donde Trabajas: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Antigüedad: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Descripción de la Actividad de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Nivel de Estudios:  
 Primaria  Secundaria  Técnico  Universitario  Postgrado  Master  Doctorado   
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_  
 Fuente de Ingreso: Asalariado  Profesional Independiente  Negocio Propio  Jubilado   
 Tipo de Empresa: Privada  Pública  ONG  Negocio Propio  Otros: \_\_\_\_\_  
 Otros Ingresos: \_\_\_\_\_ Fuente de Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

## Información del Cónyuge

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: Cédula de Identidad  Cédula de Residencia  Pasaporte  Carnet de Diplomático

Nº. de Identidad: \_\_\_\_\_ Nº. de Registro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empresa Donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_

Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Fuente de Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

Descripción de Actividad de la Empresa: \_\_\_\_\_

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Deudor  Fiador  US\$

## Referencias Bancarias

	Banco/Compañía	Saldo Actual (Promedio)
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	_____	_____
Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>	_____	_____
Plazo Fijo <input type="checkbox"/>	_____	_____

## Referencias Crediticias/Comerciales

	Compañía	Monto Original	Saldo Actual	Cuota Mensual	Fecha de Vencimiento
Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Préstamo de Vivienda <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Préstamo de Vehículo <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Préstamo Comercial <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Otros <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

## Información Financiera

## Activos

Caja y Bancos \_\_\_\_\_

Cuentas por Cobrar \_\_\_\_\_

Otros Activos (Detallar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Activo Total \_\_\_\_\_

## Pasivos

Deudas otros Bancos (Detallar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuentas por Pagar (Detallar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros Pasivos (Detallar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pasivo Total \_\_\_\_\_

## Ingreso Mensual

Salario \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

**Egresos**

Renta/Vivienda \_\_\_\_\_

Deuda/Pasivos \_\_\_\_\_

Servicios Públicos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Saldo Líquido \_\_\_\_\_

## Información adicional

**¿Has desempeñado o desempeñas un cargo público y/o figura pública de alto nivel en los últimos 10 años?**

Si  No

Si la respuesta es positiva, responde las siguientes preguntas:

Nombre de la Entidad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Cargo Oficial: \_\_\_\_\_

**¿Eres familia (Padres, Hijos(a), Esposo (a), Suegro (a), Yerno, Nuera, Cuñado (a) de una persona que ha desempeñado cargo público o figura política de alto nivel?**

Si  No

Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cargo del Familiar: \_\_\_\_\_ Nombre de la Entidad: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

## Referencias Personales

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Nº. Identificación: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Años de Relación: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Nº. Identificación: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Años de Relación: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Doy fe que la información que he suministrado a BDF para trámite es verídica y autorizo en forma expresa a dar a conocer, sin necesidad de autorización futura, mi historial de pago a cualquier otra entidad. De igual manera autorizo a solicitar información sobre mi comportamiento financiero en otras instituciones. Esto incluye proporcionar y solicitar información a Centrales de Riesgo o Buró de Crédito que brinden servicios de información crediticia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Fiador

## Uso Exclusivo del Banco

Fecha de la Verificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Nombre del Verificador: \_\_\_\_\_

Firma del Verificador: \_\_\_\_\_ Resumen de la Verificación: \_\_\_\_\_

Nombre del ejecutivo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

ASSA Compañía de Seguros, S.A. Seguro Colectivo de Vida de Deudores.  
Cuestionario para el Seguro de Vida.

Nombre del Propuesto Asegurado:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatura (en pies y pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (en libras): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Monto del Préstamo: \_\_\_\_\_ Plazo: \_\_\_\_\_

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro estar entendido que la no declaración o la inexacta o falsa declaración en relación a las preguntas siguientes afectarán la validez del Contrato de Seguro que pudiera ampararme bajo la Póliza de Colectivo de Vida de Deudores contratada por \_\_\_\_\_ con ASSA Compañía de Seguros, S.A., pudiendo causar la pérdida de derecho del Asegurado o del Beneficiario, en su caso, de acuerdo con el Artículo 541 del Código del Comercio:

- ¿Ha padecido Usted o ha sido informado que padece de diabetes, cáncer o tumor, presión sanguínea alta, enfermedades del corazón, del cerebro o del sistema nervioso o cualquier otra enfermedad no comprendida en esta pregunta?  
**SI**  **NO**
- ¿Ha estado en tratamiento o ha consultado a un médico por causa de enfermedad o accidente, durante los últimos tres (3) años?  
**SI**  **NO**
- ¿Ha estado Usted interno en un hospital por operación, tratamiento u observación?  
**SI**  **NO**
- ¿Está actualmente recibiendo tratamiento médico o tomando algún medicamento?  
**SI**  **NO**
- ¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?  
**SI**  **NO**
- Si la respuesta a cualquiera de las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, es afirmativa, dé detalles indicando nombres y direcciones de hospitales, médicos que le atendieron, fechas, síntomas o diagnósticos y naturaleza del tratamiento o conceptos médicos que le hayan sido dados.

Autorizo a los médicos o personas que me han asistido o examinado o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado, para diagnóstico (s) o tratamiento (s) de cualquier enfermedad, proporcionen a [ASSA Compañía de Seguros, S.A.](#), todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive, todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que estoy solicitando un seguro sobre mi vida a dicha Compañía y en caso de que mi solicitud de seguro sea aceptada, extendiendo esta autorización para el caso de fallecimiento.

La información contenida en esta solicitud se está suministrando para obtener seguro y es verídica y completa, según mi mejor conocimiento y entender.

Managua, \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

\* El presente formulario de "Seguro colectivo de deudores" debe ser completado para solicitudes con montos de US\$ 10,001 hasta US\$ 29,999 Dólares.

\* Para solicitudes mayores o iguales a US\$ 30,000 Dólares, se debe llenar otro formulario llamado "Seguro colectivo de deudores, solicitud, declaración y consentimiento individual".