

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 Fiador

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".