



# 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.**

**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: \_\_\_\_\_ 1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ 3. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 4. Sexo (M ó F): \_\_\_\_\_

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

9. Pasaporte #: \_\_\_\_\_ 10. Carné de Residente: \_\_\_\_\_ 11. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

12. Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

13. Teléfono: \_\_\_\_\_ 14. Celular: \_\_\_\_\_ 15. Correo Electrónico Personal: \_\_\_\_\_

16. Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_ 17. Dirección: \_\_\_\_\_  
 18. Teléfono: \_\_\_\_\_ 19. Fax: \_\_\_\_\_ 20. Sitio Web: \_\_\_\_\_

21. Ocupación o Cargo: \_\_\_\_\_ 22. Correo Electrónico Laboral: \_\_\_\_\_

23. Tiempo de Laborar en la empresa: \_\_\_\_\_ 24. Giro o Actividad Económica del Negocio \_\_\_\_\_

25. Fuente de Ingreso (especifique detalladamente): \_\_\_\_\_

26. No. de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ : Cuenta de Cheques:  Cuenta de Ahorro:

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

29. Mantiene póliza suscritas con esta u otra (s) Aseguradora (s), (especifique): \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL CONYUGE

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

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ 3. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 4. Sexo (M ó F): \_\_\_\_\_

5. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 6. Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. 7. Peso: \_\_\_\_\_ Lbs. 8. Identidad #: \_\_\_\_\_  
 Pasaporte #: \_\_\_\_\_ Carné de Residente: \_\_\_\_\_ 9. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

10. Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_ 11. Dirección: \_\_\_\_\_  
 12. Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Sitio Web: \_\_\_\_\_

13. Ocupación o Cargo: \_\_\_\_\_ 14. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### COBERTURAS SOLICITADAS

30. **A. SEGURO DE VIDA**

Suma para Solicitante Titular:  100,000  200,000  300,000  400,000  500,000

Suma para Cónyuge:  100,000  200,000  300,000  400,000  500,000

Los beneficiarios se anotan en la penúltima página

#### B. PLAN MEDICO

Extensión Geográfica:  Premier Plus (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 \_\_\_\_\_

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

31. 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
<b>Cónyuge:</b>							
<b>Hijos:</b>							

32. Nombre y Dirección completa de los Médicos que atienden regularmente a usted y a cualquiera de los miembros de su familia:

---



---

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

34. ¿Las personas a asegurar en esta póliza tienen o han tenido Seguros de Vida y Gastos Médicos? SI  NO   
 En caso de ser afirmativa su respuesta por favor completar el cuadro siguiente:

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

35. ¿A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han 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

36. ¿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

37. ¿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

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

38. ¿Ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Indique SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación):

	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, Displidemia, Hiperucemia.	SI	NO	SI	NO	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
I) ¿deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno 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 y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	SI	NO	SI	NO	
K) ¿Alergias, anemia o 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 auto inmunes 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, durante los últimos cinco años: 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 SI SI SI	NO NO NO NO	SI SI SI SI	NO NO NO 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	
<b>SOLO PARA MUJERES</b>					
U) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	SI	NO	
V) ¿Operación cesárea?	SI	NO	SI	NO	
W) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Si se encuentra favor de indicar fecha en que se espera el alumbramiento).	SI	NO	SI	NO	
<b>CUESTIONARIO SOBRE LOS HABITOS 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	

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

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	

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: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a **Seguros Crefisa S.A.**, la protección de Seguro por la cantidad o cantidades, 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 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.

## EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO DE MI SEGURO DE VIDA BENEFICIARIOS DEL (LA) TITULAR

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	%	IDENTIDAD #	DIRECCION
<b>Primeros Beneficiarios</b>				
<b>Beneficiarios Contingenciales</b>				

**Nota:** Antes de Firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues ésta forma parte legal de su expediente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Fecha en que Firma

## EN CASO DE SER ACEPTADA MI SOLICITUD, NOMBRO COMO BENEFICIARIO DE MI SEGURO DE VIDA BENEFICIARIOS DEL (LA) CONYUGE

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	%	IDENTIDAD #	DIRECCION
<b>Primeros Beneficiarios</b>				
<b>Beneficiarios Contingenciales</b>				

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha en que Firma

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

Tarjeta de Crédito N°: ---      Fecha de Vencimiento de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Autorizo a la empresa emisora de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Para que carguen las primas del Seguro contratado a mi tarjeta N°: \_\_\_\_\_

Emitir Factura a nombre de: \_\_\_\_\_

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

En caso de ser aceptada mi Solicitud, que es la única 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, la Compañía se eximirá de toda obligación de indemnizar.

### AUTORIZACION PARA OBTENER Y DAR INFORMACION

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 de 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.

Asimismo, 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 de pecho y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos en sangre, diabetes, infección por el virus del SIDA y trastornos hepáticos y renales.

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

En mi calidad de asegurado titular, esta autorización se extiende para todos mis hijos que soliciten cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad.

**NO ES NECESARIO HACER DEPOSITO CON ESTA SOLICITUD.  
LA PRIMERA PRIMA SE PAGARÁ HASTA QUE SE LE NOTIFIQUE LA APROBACIÓN.**

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 y declarar que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la Póliza solicitada.

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas por mi, personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo, por lo tanto, en que sirvan de base a la Compañía para la emisión de la póliza que solicito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la Póliza solicitada.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE VENDEDOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AGENTE VENDEDOR

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

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

APROBADO POR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO Nº: \_\_\_\_\_

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

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