SEGUROS CREFISA
Tu segura compañía!

Solicitud de Inscripción
Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario

Solamente complete la parte en negro. Mecanografíese o llénese en letra de molde.

Nombre del empleado				Nº de Póliza	Nº de Cert.
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre	Ocupación	
Contratante		Nº de Identidad			

Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Fecha de empleo	Salario Básico: L _____ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal ☐ Otro _____	Peso Lbs _____ Estatura Mts _____	Sexo M ☐ F ☐	Soltero ☐ Casado ☐ Otro _____

Seguro-beneficios Vida ☐ DID ☐ RIT ☐	Beneficiarios de vida Detallar al reverso: nombres completos, parentescos y porcentajes.	Suma asegurada L.

Cobertura para gastos médicos: Empleado Si ☐ No ☐ Dependientes: Si ☐ No ☐

Cobertura para maternidad: Si ☐ No ☐

Antecedentes de Salud

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades

Si	No		Si	No		Si	No	
☐	☐	Cáncer	☐	☐	Presión arterial alta	☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Diábetes	☐	☐	Enfermedades de los riñones	☐	☐	Tumores
☐	☐	Enfermedades del corazón	☐	☐	Enfermedades mentales	☐	☐	Otras Enfermedades, Detalle
			☐	☐	Ha sufrido algún accidente grave			

Para personas del sexo femenino:
¿Está usted embarazada? _____ ¿de cuantos meses? _____

Especifique:

Fecha de padecimiento: _____ Duración: _____

Nombre del hospital o clínica: _____

Nombre del médico tratante: _____

Vigente a partir del D / M / A

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA	*Parentesco*	*%*

Dependientes elegibles (cónyuge e hijos) para beneficio de gastos médicos

Nombre Completo	*Fecha de Nacimiento*
Cónyuge:	
Hijos:	

"Las contestaciones y declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, y por lo tanto autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas que me hayan asistido o reconocido que puedan reconocerme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a Seguros Crefisa, S. A. las informaciones que ésta requiera, en relación al seguro solicitado."

P.V.-017

Lugar y fecha: _____ ***Firma:*** _____