SEGUROS CREFISA
Tu segura compañía!

SOLICITUD DE INSCRIPCION EN SEGURO COLECTIVO DE VIDA

APARTADO POSTAL
Nº 3774
TEGUCIGALPA,
HONDURAS, C.A.

Nº CERTIFICADO_____

Yo, _____ en mi calidad de Contratante de la Póliza Colectiva de Vida Nº _____ emitida a favor de la entidad que represento solicito a Seguros Crefisa, S. A. inscribir como Asegurado al Sr.: (a): _____ con sueldo de Lps. _____ Suma Asegurada _____ Fecha de Empleo: _____

_____
Firma y Sello del Contratante

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Primer Nombre *Segundo Nombre* *Primer Apellido* *Segundo Apellido*

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Nacionalidad: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____
Identidad No.: _____ Cargo que Desempeña: _____
Es de tipo Manual o de Supervisión: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____ Estatura Mts.: _____ Peso Lbs.: _____
Nombre del Cónyuge: _____ Cargo que Desempeña: _____
Dirección de Residencia Completa: Bo. o Colonia: _____ Súper manzana: _____ Zona: _____
Grupo: _____ Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____
Ciudad: _____ Departamento: _____
Referencias Dirección de Residencia: _____ No. de Teléfono: _____ Apartado Postal: _____
Correo Electrónico: _____ Pasaporte: _____ Patrono: _____
Dirección Completa de la Empresa: Bo. o Colonia: _____ Súper manzana: _____ Zona: _____
Grupo: _____ Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____
Ciudad: _____ Departamento: _____

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 Riñones*	☐	☐	*Tumores*
☐	☐	*Enfermedades del Corazón*	☐	☐	*Enfermedades Mentales*	☐	☐	*Otras Enfermedades*
			☐	☐	*Ha sufrido algún accidente Grave*			

Para Personas del Sexo Femenino:

¿ Está usted embarazada? _____ ¿ De cuántos Meses? _____

Si ha contestado afirmativamente algunas de las preguntas anteriores, favor especifique:

Fecha de Padecimiento: _____ Duración: _____
Nombre del Hospital o Clínica: _____ Secuelas: _____
Nombre del Médico tratante: _____

BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE

Nombre	Identidad No.	Parentesco	%

CONTINGENCIA: (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

"Las contestaciones y declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, por lo tanto autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, I.H.S.S. y laboratorios que me hayan asistido o reconocido o 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."

Lugar y Fecha: _____

Vigente a partir del:

Día	*Mes*	*Año*

_____
FIRMA DEL ASEGURADO

CONCEPTOS LITHO-TEC