

SOLICITUD PARA REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

No. Póliza	No. Certificado	Vigencia inicial de la Póliza:
------------	-----------------	--------------------------------

ACTUALIZACIÓN DE DATOS GENERALES

TITULAR

1. Nombre del Titular: _____ No. Identidad _____

2. Nacionalidad 1 _____ Estatura (mts) _____ Peso (lbs) _____ Dirección residencial _____
 Teléfono residencial _____ Teléfono móvil _____

3. Correo electrónico _____ Nombre de la empresa donde trabaja _____

4. Cargo _____ No. Teléfono laboral _____ Dirección laboral _____
 Giro de negocio _____

EXCLUSIVO PARA ESTADOUNIDENSES

5. No. De Identificación Tributaria (TIN)/Social Security Number (SSN) _____

6. Nacionalidad 2 _____ No. Carné de Ciudadano _____ No. Carné de Residente _____

CÓNYUGE

1. Nombre del Cónyuge _____ No. Identidad _____

2. Nacionalidad 1 _____ Estatura (mts) _____ Peso (lbs) _____ Dirección residencial _____
 Teléfono residencial _____ Teléfono móvil _____

3. Correo electrónico _____ Nombre de la empresa donde trabaja _____

4. Cargo _____ No. Teléfono laboral _____ Dirección laboral _____
 Giro de negocio _____

EXCLUSIVO PARA ESTADOUNIDENSES

5. No. De Identificación Tributaria (TIN)/Social Security Number (SSN) _____

6. Nacionalidad 2 _____ No. Carné de Ciudadano _____ No. Carné de Residente _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque SI o NO de ser afirmativa su respuesta, en el siguiente cuadro detalle en la casilla correspondiente la persona que aplica a el padecimiento:

			NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
A) Mientras su seguro estuvo cancelado y sin cobertura, usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿Padeció alguna enfermedad, molestia, alteración de salud, o tuvo algún accidente? Explique	SI	NO	
B) Usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿Padece actualmente alguna enfermedad, alteración de la salud o esta recuperándose de un accidente? Explique	SI	NO	
C) Usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿Toma algún medicamento? Explique	SI	NO	
D) Indique fecha de su última menstruación _____ 1) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Si su respuesta es si, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento).	SI	NO	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	
Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	
Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	
Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Nombre, especialidad y dirección completa de los médicos que atienden regularmente a usted y a cualquiera de los miembros de su familia:

Firma de asegurado titular: _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

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 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. 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 y pruebas sanguíneas para diabetes, infección por el virus del SIDA, trastornos hepáticos y renales.

Asimismo, 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.

En mi calidad de asegurado titular, estas autorizaciones se extienden para mi cónyuge y todos mis hijos que soliciten cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad.

DECLARACIONES

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y de 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 podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la Póliza solicitada.

Declaro explícitamente que los recursos que poseo así como mi profesión, mi actividad u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales, asimismo están regidos por lo que se estipula en las Leyes de nuestro país.

Consiento que de comprobarse que la información que he declarado en la presente solicitud es de falso testimonio, la Compañía está facultada para declinar y/o cancelar la cobertura proveniente de este seguro, sin que ello involucre responsabilidad alguna para dicha Compañía.

Asimismo hago constar que la información declarada en la presente formará parte del Contrato de Seguro con la Compañía y convengo en que la rehabilitación solicitada no será efectiva a menos que y hasta tanto la Compañía haya aprobado y notificado por escrito la misma. Por tanto la Compañía queda liberada de responsabilidad sobre cualquier reclamación a mi nombre o de mis dependientes que se hubiere originado desde la fecha de caducidad de esta póliza a la fecha de rehabilitación.

Si en el futuro este seguro llegase a ser cancelado nuevamente por falta de pago de las primas convenidas, la cancelación será definitiva sin opción a nueva rehabilitación.

**NO ES NECESARIO HACER DEPOSITO CON EL INGRESO A ANÁLISIS DE ESTA SOLICITUD.
DEBERÁ PAGAR LAS PRIMAS PENDIENTES EN CUANTO SE LE NOTIFIQUE LA APROBACIÓN.**

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Nombre del Asegurado Cónyuge

Firma del Asegurado Cónyuge

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA:

Fecha de Vencimiento de la última prima pagada: _____

La Rehabilitación ha sido aprobada a partir de: _____ Autorizado por: _____

Fecha: _____

Firma de aprobación Crefisa : _____