

## Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario

### Solicitud de Inscripción para el Asegurado

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

Nombre del empleado					Nº de póliza	Nº de Cert.
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do Nombre	Ocupación		
Contratante		Nº de Identidad				
Fecha de nacimiento:	Fecha de empleo:	Salario Básico: L. _____		Peso Lbs. _____	Sexo	
Día	Mes	Año	Mensual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>
			Semanal <input type="checkbox"/>	Otro _____	Estatura	Casado <input type="checkbox"/>
					F <input type="checkbox"/>	Otro _____
Beneficiarios de vida					S.A.L.	
Detallar al reverso: nombres completos, parentescos y porcentajes.						

### Antecedentes de Salud

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades

Si No

Cáncer  
Diabetes  
Enfermedades del corazón

Si No

Presión arterial alta  
Enfermedades de los riñones  
Enfermedades mentales  
Ha sufrido algún accidente grave

Si No

Epilepsia  
Tumores  
Otras enfermedades

Si ha contestado afirmativamente alguna de los antecedentes de salud, especifique detalles

Especifique: \_\_\_\_\_

Fecha de padecimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Secuelas: \_\_\_\_\_

Para personas del sexo femenino

¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_ ¿De cuantos meses? \_\_\_\_\_ Vigente a partir del

D
M
A

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA	Nº Identidad	Parentesco	%

**Dependientes Elegibles (Cónyuge e Hijos) para beneficiario de gastos médicos**

Nombre completo	Nº Identidad	Fecha de Nacimiento
Cónyuge:		
Hijos:		

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 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 podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

“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, reconocido o que puedan reconocermme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a Seguros Crefisa, S.A. las informaciones que esta requiera, en relación al seguro solicitado.”

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_