

Para uso exclusivo de la Compañía

No. certificado: _____

Yo, _____ en mi calidad de contratante de la póliza colectiva de vida No. _____
No. _____ Emitida a favor de la entidad que represento solicito a Seguros Crefisa S. A. inscribir como asegurado al Señor(a):
_____ Con sueldo de Lps. _____ Suma asegurada _____
Fecha de empleo _____

I. Datos generales

Firma y sello del contratante

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		
Tipo de identificación Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>				Número de identificación				
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Lugar de nacimiento: Municipio Departamento		Nacionalidad(es) 1 2			
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Estatura		Peso			
Profesión, ocupación u oficio		Celular		Teléfono fijo		Correo electrónico personal		
Dirección de residencia								
Departamento		Municipio		Ciudad				
Colonia		Bloque	Calle	Avenida		No. De casa		
Dirección referenciada								
Nombre completo del cónyuge (si aplica)				Número de identidad del cónyuge				
Nombre de la empresa donde labora				Giro o actividad económica				
Posición o cargo que desempeña					Fecha de empleo	Día	Mes	Año
Dirección de la empresa donde labora								
Departamento		Municipio		Ciudad				
Colonia		Bloque	Calle	Avenida				
Dirección referenciada								
Teléfono		Correo laboral		Sitio Web		Fax		

Antecedentes de salud

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:								
	Si	No		Si	No		Si	No
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido algún accidente grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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		Tratamiento	

Beneficiarios principales en caso de muerte

Nombre	Número de identidad	Parentesco	Porcentaje (%)

Contingencia (en caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

Nombre	Número de identidad	Parentesco	Porcentaje (%)

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

Lugar y Fecha	Vigencia a partir	DÍA MES AÑO
<p>_____</p> <p>Firma del asegurado</p>		