

## 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

¿Han tenido usted y/o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Marque SI o NO. De ser afirmativa su respuesta, en el siguiente cuadro detalle en la casilla correspondiente la persona que aplica a el (los) padecimiento (s):

			NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
A) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	
B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	
C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	
D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas, fiebre reumática, arritmia cardíaca?	SI	NO	
E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto y ano, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	
F) ¿Azúcar, albúmina, sangre opus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, hernia, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	SI	NO	
G) ¿Enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrinológico, diabetes, Dislipidemia, Hiperucemia?	SI	NO	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	
I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, la espalda y las articulaciones, discos in-vertebrales?	SI	NO	
J) ¿Trastornos de la piel, manchas, acné, glándulas linfáticas, quistes, tumor, cáncer?	SI	NO	
K) ¿Alergias, anemia, cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea, sistema linfático?	SI	NO	
L) Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	SI	NO	

Firma de asegurado titular: \_\_\_\_\_

M) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	
N) Además de lo arriba mencionado, <b>durante los últimos cinco años:</b> 1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO	
2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	
3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO	
4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	
Ñ) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, amfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquiera otra droga?	SI	NO	
O) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño?	SI	NO	
P) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	
Q) ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?	SI	NO	
R) ¿Cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI	NO	
S) ¿Ha sido receptor o donador de órganos? Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	
T) ¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	
<b>SOLO PARA MUJERES</b>			
U) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	
V) ¿Operación cesárea?	SI	NO	
W) 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	
<b>CUESTIONARIO SOBRE LOS HÁBITOS DEL SOLICITANTE</b>			
X) ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente, o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol y otras drogas?	SI	NO	
Y) ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad peligrosa?	SI	NO	
Z) ¿Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?	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	

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: \_\_\_\_\_

¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? (Si su respuesta es "SI" favor detallar todo lo relacionado y mencionar la persona a la que aplica)

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 : \_\_\_\_\_