

SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES SOLICITUD DE SEGURO

Certificado de seguro No. _____

Que forma parte de la póliza No. _____

Contratante: _____

Ciudad y fecha: _____

Por intermedio del presente formulario solicito ser incluido en el Seguro para Enfermedades Graves con la siguiente información:

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido	Cedula	Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección		Teléfono casa	Teléfono celular
Edad	Correo electrónico (Obligatorio)		Teléfono oficina

2. DATOS DEL PLAN CONTRATADO

Confirmo que he contratado el siguiente plan:

PLAN	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	RANGO DE EDAD	18-29 <input type="checkbox"/>	30-39 <input type="checkbox"/>	40-49 <input type="checkbox"/>	50-65 <input type="checkbox"/>
-------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

3. COBERTURAS CONTRATADA

- Cobertura de Enfermedades Graves estipuladas en las Condiciones Particulares al Diagnostico por primera vez

4. BENEFICIARIOS: El propio Asegurado titular de la póliza

5. OTRAS CONDICIONES:

a) Se deja expresa constancia que ninguna enfermedad distinta al Diagnóstico de Enfermedades Graves cuenta con cobertura en virtud de la presente póliza.

b) La cobertura indicada tendrá un período de carencia de noventa (90) días contados desde la fecha de vigencia, indicada en el numeral 6, Así, la Aseguradora solo pagará los beneficios correspondientes por el diagnóstico de Enfermedades Graves ocurrido después de transcurrido dicho plazo y durante la vigencia de la presente póliza.

c) En caso de que al asegurado se le diagnostique con Enfermedad Grave dentro del período de carencia establecido, la Compañía se limitará a devolver todas las primas pagadas bajo esta póliza, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

d) Se deja expresamente establecido que esta cobertura no cubre ningún tipo de Enfermedad Grave diagnosticado o que haya sido conocido con anterioridad a la fecha de vigencia del seguro, indicada en el numeral 6.

SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES
SOLICITUD DE SEGURO

6. DECLARACION DEL ASEGURADO

CUESTIONARIO DE SALUD	SI	NO
A. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad en los últimos 12 meses?		
B. ¿Le han practicado alguna operación quirúrgica, o se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico?		
C. ¿Ha tenido problema con los riñones, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, insuficiencia renal?		
D. ¿Ha sufrido de alguna embolia, hemorragia o trombosis en los últimos 12 meses?		
E. ¿Tiene o ha tenido cualquier otro padecimiento de alguna enfermedad que no se haya mencionado en las preguntas anteriores?		

7. AUTORIZACION DE COBRO

Autorizo a cobrar la tarifa indicada en el punto anterior, en una periodicidad mensual de la siguiente cuenta:

MEDIO DE PAGO: Tarjeta de crédito Tarjeta de Débito **Número:**

Esta solicitud es válida únicamente si está registrada en Seguros Crefisa S.A. El proponente ha tomado conocimiento de su derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección de la compañía aseguradora.

Firma Asegurado Titular de la cuenta