



SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE ADULTO MAYOR SOLICITUD DE SEGURO

INFORMACION DEL PAGADOR:

1. Nombre del Pagador: _____

2. Parentesco: _____

1. Nombre del solicitante: _____

	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	Apellido de casada
2. Fecha de nacimiento:	_____	3. Edad: _____	4. Lugar de nacimiento: _____	5. Sexo (M o F): _____
6. Estado civil: _____	7. Estatura MTS. _____	8. Peso LBS. _____	9. Identidad #: _____	
10. Nacionalidad: _____	11. Dirección residencial: _____			
12. Celular _____	13. Profesión: _____	14. Ocupación o cargo: _____		

CUESTIONARIO MEDICO (ANTECEDENTES DE SALUD)

¿Ha tenido usted inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas; tos, fiebre dificultad para respirar y/o falta de aire o pérdida del gusto y/o olfato? SI NO

¿En los últimos tres meses, usted ha resultado positivamente para COVID 19? SI NO

¿Usted actualmente goza de buena salud? SI NO

¿Usted padece actualmente o han padecido de alguna enfermedad o tomtratamiento médico por alguna condición de salud? SI NO

¿Tiene usted otra condición médica o ha sufrido algún accidente que condicione su salud de forma permanente y no se haya mencionado en este cuestionario? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas que antecede favor detallar padecimiento, fecha y tratamiento: _____

COBERTURAS		
	SUMA	PLAN
	ASEGURADA	CONTRATADO
MUERTE (BÁSICA)	L.	
OPCIONALES: GASTOS FUNEBRES PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA	L.	

BENEFICIARIOS

Nombre	Identidad No.	Parentesco	%

AUTORIZACIÓN PARA DAR Y OBTENER 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 mí, 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 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. 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.



Acepto



No Acepto

Firma del Titular de Cuenta

Firma del Asegurado