

Información del Pagador

Nombre Pagador

Parentesco

Nombre Asegurado

Suma Aseguradora

Titular

Tipo de Plan

COBERTURAS

Cobertura básica: Muerte

Cobertura adicional 1: Gastos Fúnebres para Beneficiarios y/o Dependientes

Cobertura adicional 2: Servicio de Asistencia Funeraria Repatriación + Asistencia Local Completa

Datos Generales del Asegurado

Nombre Completo

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Edad

Genero

Tipo de Identificación

Identificación

Profesión/Ocupación

Estado Civil

Nacionalidad

Peso (Lbs.)

Estatura (Mts.)

IMC

No. Celular

Correo Electrónico

--	--	--	--	--

Dirección de Residencia

--

Beneficiarios

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje	Identidad	Dirección

Beneficiarios Contingentes

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje	Identidad	Dirección

Usted actualmente goza de buena salud?

- Si
- No

¿Usted padece actualmente o han padecido de alguna enfermedad o tomatratamiento médico por alguna condición de salud?

- Si
- No

Detalle	Fecha	Diagnóstico	Médico/Hospital Tratante	Secuelas?
	dd/mm/aa			▼
	dd/mm/aa			▼
	dd/mm/aa			▼

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

- Si
- No

Nombre de Quien Aplica

Fecha

		Diagnóstico	Médico/Hospital Tratante	Secuelas?
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>

¿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/u olfato?

- Si
 No

Nombre de Quien Aplica	Fecha	Síntomas	Médico/Hospital Tratante	Secuelas?
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	dd/mm/aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>

¿En los últimos tres meses, usted ha resultado positivo para covid-19?

- Si

No

Nombre de Quien Aplica	Fecha	Síntomas	Médico/Hospital Tratante	Secuelas?
<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/aa"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/aa"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/aa"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>

Términos y Condiciones

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 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

Observaciones

ADJUNTOS (UNICAMENTE IMAGÉNES Y ARCHIVOS PDF) – 1MB POR ARCHIVO

ADJUNTOS LLAMADAS REALIZADAS AL CLIENTE (UNICAMENTE ARCHIVO DE AUDIO)

PRIMA TOTAL

Forma de Pago

Prima Mensual

Es correcto el valor de la prima detallada en el campo anterior?



Firma del pagador

Firma y Sello Seguros Crefisa

Actualizar Solicitud

Requisitos Pendientes