

**SOLICITUD DE INSCRIPCION
EN SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

N° CERTIFICADO _____

Yo, _____ en mi calidad de Contratante de la Póliza Colectiva de Vida N° _____ emitida a favor de la entidad que represento solicito a Seguros Crefisa, S. A. inscribir como Asegurado al Sr.: (a): _____ con sueldo de Lps. _____ Suma Asegurada _____ Fecha de Empleo: _____

DATOS GENERALES

Firma y Sello del Contratante

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nacionalidad: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Identidad No.: _____ Cargo que Desempeña: _____

Es de tipo Manual o de Supervisión: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____ Estatura Mts.: _____ Peso Lbs.: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Cargo que Desempeña: _____

Dirección de Residencia Completa: Bo. o Colonia: _____ Súper manzana: _____ Zona: _____

Grupo: _____ Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Referencias Dirección de Residencia: _____ No. de Teléfono: _____ Apartado Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Pasaporte: _____ Patrono: _____

Dirección Completa de la Empresa: Bo. o Colonia: _____ Súper manzana: _____ Zona: _____

Grupo: _____ Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido algún accidente Grave			

Para Personas del Sexo Femenino:

¿ Está usted embarazada? _____ ¿ 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: _____

BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE

Nombre	Identidad No.	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CONTINGENCIA: (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

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

Lugar y Fecha: _____

Vigente a partir del:

Día	Mes	Año

FIRMA DEL ASEGURADO