SEGUROS CREFISA, S.A.
Tu segura compañía!

Solicitud de Inscripción
Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario

Solamente complete la parte en negro. Mecanografiese o llénese en letra molde.

Nombre del empleado			No.de Póliza	No.de Cert.
Apellido	2do.Apellido	Nombre	2do.Nombre	Ocupación
Contratante		No. de Identidad		

Fecha de nacimiento:	Fecha de empleo:	Salario Básico: L	Peso Lbs.	Sexo	Soltero
Día Mes Año		Mensual Quincenal	Estatura	M	Casado
		Semanal Otro	Mts.	F	Otro

Beneficiarios de vida
Detallar al reverso: nombres completos, parentescos y porcentajes.

S.A.L.

Antecedentes de Salud

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermededes

Si	No		Si	No	
		Cáncer			Presión arterial alta
		Diábetes			Enfermedades de los riñones
		Enfermedades del corazón			Enfermedades mentales
					Ha sufrido algún accidente grave
					Epilepcia
					Tumores
					Otras Enfermedades

Si ha contestado afirmativamente alguno de los antecedentes de salud, especifique detalles

Especifique: _____

Fecha de padecimiento: _____
Nombre del Hospital o clínica: _____
Nombre del médico tratante: _____

Duración: _____
Secuelas: _____

Para personas del sexo femenino.
¿Está usted embarazada? _____ ¿De cuántos meses? _____

Vigente a partir del D / M / A

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA	N° Identidad	Parentesco	%

Dependientes elegibles (cónyuge e hijos) para beneficiario de gastos médicos

Nombre Completo	N° Identidad	Fecha de Nacimiento
Cónyuge:		
Hijos:		

"Las contestaciones y declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, y por lo tanto autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clinicas privadas que me hayan asistido o reconocido 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: _____ *Firma:* _____