

**CERTIFICADO DE SEGURO  
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION (RDH) CON ESPERA PERO SIN FRANQUICIA**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Contratante:</b> _____ | <b>Certificado: No.</b> _____                                       |
| <b>Póliza:</b> _____      | <b>Desde:</b> ____ / ____ / ____ <b>a las 12 horas del mediodía</b> |
|                           | <b>Hasta:</b> ____ / ____ / ____ <b>a las 12 horas del mediodía</b> |

|                                   |                    |   |                            |
|-----------------------------------|--------------------|---|----------------------------|
| <b>Asegurado:</b> _____           |                    |   |                            |
| <b>No. de Identidad:</b> _____    |                    |   |                            |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ | <b>Edad:</b> _____ | <b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> |
| <b>Domicilio:</b> _____           |                    |   |                            |
| _____                             |                    |   |                            |

| COBERTURA NACIONAL               |         |                 |               |
|----------------------------------|---------|-----------------|---------------|
| BENEFICIO                        | MONEDA  | SUMA ASEGURADA  |               |
|                                  |         | Plan Individual | Plan Familiar |
| RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION | LEMPIRA |                 |               |
| DEDUCIBLE                        | 1 DIA   |                 |               |

| Dependientes Elegibles (Cónyuge e Hijos) para Seguro de Renta Diaria por Hospitalización |           |                  |            |
|--|-----------|------------------|------------|
| Nombre Completo  | Identidad | Fecha Nacimiento | Parentesco |
|  |           |                  |            |
|  |           |                  |            |
|  |           |                  |            |
|  |           |                  |            |
|  |           |                  |            |

Este certificado estará regido por lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza suscrita y permanecerá en vigor siempre y cuando el asegurado cumpla con la obligación de pago de primas de conformidad con lo establecido en la cláusula octava de dichas condiciones.

En fe de lo cual Seguros Crefisa. S.A. firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa MDC., a los xx del mes xxxx del año xxxx.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

\_\_\_\_\_  
Gerente General