APARTADO POSTAL No. 3774
TEGUCIGALPA, M.D.C.
HONDURAS, C.A.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

No. CERTIFICADO _____

Yo, _____ en mi calidad de Contratante de la Póliza colectiva de Accidentes Personales No. _____ emitida a favor de entidad que represento solicito a Seguros Crefisa, S. A. inscribir como Asegurado al Sr.: (a): _____
Quien se desempeña en el cargo de: _____
con sueldo de Lps. _____ Suma Asegurada _____ Fecha de Empleo: _____

_____
Firma y Sello del Contratante

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Apellido Casada

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad:_____Profesión:_____Estado Civil:_____
Identidad No.: _____Estatura Mts.: _____Peso Lbs.: _____
Nombre del Cónyuge: _____
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. Teléfono: _____Apartado Postal: _____Correo Electrónico: _____
Pasaporte: _____ Patrono: _____Cargo que Desempeña: _____
Es de tipo Manual o de Supervisión: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____
Dirección Completa de la Empresa: Bo. o Colonia_____
Súper Manzana: _____Zona: _____Grupo: _____Ave.:_____
Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____
Ciudad: _____ Departamento: _____

RIESGOS ESPECIALES

¿Maneja usted motocicleta? Sí ☐ No ☐ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Ha sufrido algún accidente grave? Sí ☐ No ☐ ¿Cuándo? _____

ESTADO DE SALUD

¿Tiene algún defecto físico? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? _____
¿Padece o ha padecido alguna Enfermedad grave? Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles? _____

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 completa s y verdaderas, por lo tanto autorizo por este media a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, IHSS 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 éste requiera, en relación al seguro solicitado."

Lugar y Fecha: _____

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 101/15-10-2020.

ASEGURADO	FIRMA