SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

APARTADO POSTAL N° 3774
TEGUCIGALPA, M.D.C.
HONDURAS, C.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD DE SEGURO (ASEGURADO)

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 Lps. _____ Fecha de Empleo _____.

Firma y Sello del Contratante

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

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

Identidad N°: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Cargo que Desempeña: _____

Es de tipo Manual o de Supervisión: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____

Nombre del Conyuge: _____ Cargo que Desempeña : _____

Dirección de Residencia completa: Bo. o Col.: _____ Zona: _____ Avenida: _____

Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Grupo: _____ Apto. Postal: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____

Referencias Dirección de Residencia: _____ N° de Télefono: _____, _____
Casa Móvil

Pasaporte _____ Correo Electrónico: _____ Patrono: _____

Dirección completa de la Empresa: Bo. o Col.: _____ Zona: _____

Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Grupo: _____ Apto. Postal: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____

Referencias Dirección de Residencia: _____ N° de Télefono: _____, _____
Casa Móvil

Correo Electrónico de la Empresa: _____

ANTECEDENTES DE SALUD
Padece o ha padecidod de alguna de las siguientes enfermedades:

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Cáncer	☐	☐	Presión arterial alta	☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Diábetes	☐	☐	Enfermedades de Riñones	☐	☐	Tumores
☐	☐	Enfermedades del Corazón	☐	☐	Enfermedades Mentales	☐	☐	Otras Enfermedades
			☐	☐	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 Clinica: _____ Secuelas: _____
Nombre del Médico tratante: _____ Tratamiento: _____

BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE

NOMBRE	IDENTIDAD	PARENTESCO	%

CONTINGECIA: (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

Lugar y Fecha:

Vigente a partir del:

Dia	Mes	Año

FIRMA DEL ASEGURADO

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 49/20-07-2020.