

No. De Solicitud	Fecha de Solicitud	No. De Póliza

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre:	
Actividad:	
Cédula Jurídica:	
Nombre del Representante Legal:	
Cargo:	
Dirección Completa del Contratante:	
Correo Electrónico:	Teléfono:

2. VIGENCIA SOLICITADA	
Desde:	Hasta:

3. COBERTURAS		
Cobertura Básica de Fallecimiento	Suma Asegurada Mínima	Suma Asegurada Máxima
Servicio de Asistencia		
Prima		

4. DATOS DE PAGO	
Modalidad:	☐ Contributiva ☐ No Contributiva
Medio de Pago	☐ Tarjeta de Crédito. ☐ Tarjeta de Débito. ☐ Débito a Cuenta Bancaria
Periodicidad:	

5. MONEDA DE LA PÓLIZA	
☐ Dólares	☐ Lempiras

6. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE	
El solicitante manifiesta que:	
1. Conozco las condiciones de cobertura, incluyendo las limitaciones y exclusiones declaradas en las Condiciones Generales. 2. La información brindada en esta solicitud es verdadera. 3. He revisado completamente la solicitud y las Condiciones Generales de la póliza, las cuales se integrarán plenamente al contrato. Asimismo, estoy consciente de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a elegir libremente la institución aseguradora, y acepto dichas condiciones.	

En fe de lo cual, se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los ____ del mes de ____ del año ____.

Firma del Contratante



SEGUROS
CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!