

# Seguro Colectivo de Vida "Ahorro Seguro"

Formato de Consentimiento del Asegurado



Seguros Crefisa, S.A., con sede en Tegucigalpa, Honduras, en adelante referida como "La Compañía", reconoce que las declaraciones proporcionadas constituyen el consentimiento del Asegurado para la contratación de las coberturas.

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO SOLICITANTE	
Nombre Completo:	
Número de Documento Nacional de Identificación:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Correo Electrónico:	Ocupación:
Domicilio:	

2. PLAN A CONTRATAR:		
Cobertura	Suma Asegurada Mínima	Suma Asegurada Máxima
Cobertura Básica de Fallecimiento		
Servicio de Asistencia	Incluida	
Prima Mensual		

3. MEDIO DE PAGO		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito.	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito.	<input type="checkbox"/> Débito a Cuenta Asociada.

### El solicitante manifiesta:

1. Conocer las condiciones de cobertura, incluyendo las limitaciones y exclusiones declaradas en las Condiciones Generales, y Servicio de Asistencia;
2. Que la información brindada en esta solicitud es verdadera

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Solicitante