

CUESTIONARIO DE SUSCRIPCIÓN ESPECÍFICO PARA COVID-19

PÓLIZA NO.:	CONTRATANTE:
--------------------	---------------------

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR Y/O DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO

B. CUESTIONARIO DE SALUD

1. ¿Ha viajado fuera del país usted y/o alguno de sus dependientes después de diciembre 2019? SI NO
2. ¿Ha tenido inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, dificultad para respirar y/o falta de aire o pérdida del gusto y/u olfato? SI NO
3. ¿En los últimos tres meses, usted y/o alguno de sus familiares dependientes ha resultado positivo para COVID-19? SI NO
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona sospechosa o confirmada con COVID-19? SI NO

RESPUESTA A PREGUNTA NO.	NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE APLICA	EXPLIQUE PAÍSES VISITADOS, SÍNTOMAS Y DETALLES

C. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO O TITULAR DE LA PÓLIZA

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Seguros Crefisa S.A. de toda obligación de indemnizar.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Solicitante

Tegucigalpa, M.D.C.
Edificio Ficensa, Primer Nivel,
Boulevard Morazón
Apdo. Postal 3774,
Tel.: PBX 2216-4700
Fax: (504) 2238-1714

San Pedro Sula, Cortés,
Edificio Inversiones Crefisa,
Barrio El Centro,
5ª Avenida, 2ª Calle N.O.
Tel. 2557-9911,
Fax: (504) 2558-0942

Firma del Agente

La Ceiba, Atlántida
Frente al Boulevard
15 de Septiembre, ½ cuadro al
este del Banco Central,
Tels.: 2443-4208, 2443-4210
Fax: (504) 2443-0088