

## CUESTIONARIO DE SUSCRIPCIÓN ESPECIFICO PARA COVID -19

<b>PÓLIZA NO.:</b>	<b>CONTRATANTE:</b>
--------------------	---------------------

### A) INFORMACION DEL ASEGURADO TITULAR Y/O DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO

### B. CUESTIONARIO DE SALUD

1. ¿Ha viajado fuera del país Ud 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/o olfato? SI  NO
3. ¿En los últimos tres meses, Ud. y/o alguno de sus familiares dependientes ha resultado positivo para COVID-19? SI  NO
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona sospechoso o confirmado 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 comprobase 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 cuadra al  
este del Banco Central,  
Tels.: 2443-4208, 2443-4210  
Fax: (504) 2443-0088