

Ficohsa Seguros, Del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”, emite el presente Certificado de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, prevaleciendo las últimas sobre las primeras y basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Contratante. El presente Certificado forma parte integral de la póliza.

1. Datos del Asegurado:			
No. Certificado:		No. Póliza:	
Nombres y Apellidos:		Vigencia:	Desde: Hasta:
No. Documento de Identificación Nacional (DNI): _____	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Teléfono:	Correo electrónico:	Profesión y/o Ocupación:	
2. Coberturas:		Suma Asegurada	
• Muerte Accidental • Doble Cobertura en caso de Fallecer en un Accidente en motocicleta o transporte público. • Beneficio de Asistencia Funeraria.			
3. Primas:			
• Prima Mensual • Prima Anual			

4. Designación de Beneficiario:							
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	No. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje

5. OTRAS CONDICIONES:

- Periodo de Carencia: 3 días para la activación de la cobertura, contados a partir de la fecha de adquisición del seguro.
- La indemnización de este seguro es pagadera en 20 rentas mensuales.

En fe de lo cual, se firma el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los ____ del mes de _____ del año _____

Firma del Autorizada