

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza No. : No. certificado:

Contratante :

Dirección :

Nombre del Asegurado Principal:

Dirección del Contratante:

R.T.N.: Teléfono: Correo electrónico:

Vigencia de la póliza :

Fecha de inicio	Desde:		Hasta:		(día y hora en que inicia y termina)
-----------------	--------	--	--------	--	--------------------------------------

Cobertura básica: Muerte por cualquier causa.

Servicios de Asistencia (incluido)

Suma asegurada: _____ L.

Forma de pago: _____

Periodicidad de pago de la prima: _____

Valor de la prima: _____

Designación de beneficiarios: _____

En fe de lo cual se firma el presente documento en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los _____ del año _____.

Firma Autorizada: _____