



SEGURO DE VIDA COLECTIVO CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO DE SEGURO

No. Póliza:	
Fecha Inicio Vigencia:	Fecha de terminación:

Contratante:

Nombre del Asegurado:

Datos Generales del Asegurado:

Cobertura	Suma Asegurada en Lempiras
Cobertura básica	
Muerte por cualquier causa	
Servicios de Asistencia	Incluida
Periodicidad de la Prima:	
Prima Mensual	

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre Completo	DNI	Parentesco	Distribución
1			
2			
3			
4			

El presente Certificado acredita que la persona antes indicada se encuentra asegurada bajo la cobertura y servicios de asistencia descritas en este documento, las cuales se rigen por las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguro.

Durante la vigencia de la póliza, la prima será pagada por el Asegurado en la forma y frecuencia de pago acordadas con el Contratante. El pago de la prima constituye requisito para mantener la cobertura de seguro conforme a los términos y condiciones de la póliza.

Las Condiciones Generales y Particulares de la póliza forman parte integrante del contrato de seguro y se adjuntan al presente Certificado, por lo que corresponde al Asegurado conocer su contenido.

Lugar y fecha: Tegucigalpa, M.D.C., ____ de ____.

Firma Autorizada

Firma Asegurado

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 12/23-07-2026