

SEGURO MOMENTOS DE VIDA FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE ASEGURADO

ASEGURADO
DOMICILIO

No. DE POLIZA:
No. DE EXPEDIENTE:
VIGENCIA DESDE:
VIGENCIA HASTA:
No. FACTURA:

Agente:

Nacimiento

Edad

Sexo

Suma Contratada: Lps.

Prima Programada Anual: Lps

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nombre

Principales

Parentesco

Participación

Nombre

De contingencia

Parentesco

Participación

Observaciones del asegurado sobre la designación de Beneficiarios:

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C. Republica de Honduras, C.A., en la Fecha de emisión

SEGURO MOMENTOS DE VIDA FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE ASEGURADO

ASEGURADO
DOMICILIO

No. DE POLIZA:
No. DE EXPEDIENTE:
VIGENCIA DESDE:
VIGENCIA HASTA:
No. FACTURA:

Agente:

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS