

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO CERTIFICADO DE SEGURO

Certificado:

Póliza: _____

Contratante: _____

Vigencia **Desde:** _____ a las 12 horas del mediodía
Hasta: _____ a las 12 horas del mediodía

Fecha: _____ **Referencia:** _____

Domicilio: _____

Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada
MUERTE ACCIDENTAL	LPS _____
INCAPACIDAD PERMANENTE O ABSOLUTA POR ACCIDENTE	LPS _____
INHABILITACIÓN O INCAPACIDAD TEMPORAL Y DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE	
REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	LPS _____
DEDUCIBLE POR EVENTO	LPS _____
RIESGOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO:	

Primas

Prima Total	LPS _____
--------------------	-----------

Beneficiarios

Código	Nombre	Parentesco	% Participación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Beneficiarios por Contingencia			
_____	_____	_____	_____

En fe delo cual por Seguros Crefisa, S.A. se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C. a los xx días del mes de xxx del año 2020

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
CERTIFICADO DE SEGURO

Firma Autorizada

Gerente General