

SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN CÁNCER CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO
DOMICILIO

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

Agente:

Nacimiento	Edad	Sexo
------------	------	------

Suma Contratada:

Prima Programada Anual:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

<u>Principales</u>			
Nombre		Parentesco	Participación

<u>De contingencia</u>			
Nombre		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

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS