

**SEGURO AHORROFLEX COLECTIVO
CONDICIONES PARTICULARES**

ASEGURADO
DOMICILIO
No. FACTURA:

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

Agente:

PROGRAMA DE COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada L.
-------------------	--------------------------

COBERTURA BÁSICA

Básica por Fallecimiento

COBERTURAS ADICIONALES

Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)
Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECSIT)
Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI)

OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO

Fondo de Administración

PROGRAMA DE PAGOS

**Forma
De
Pago**

**Prima
S/F
Pago**

**Meses
De
Pago**

Este Endoso anula y reemplaza cualquier otro emitido anteriormente.

Firmado en xxxxxx, Republica de Honduras, C.A., en la Fecha de emisión y emitido por

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS