

Seguro Ahorroflex Colectivo

Certificado Individual de Seguro

Certificado de Beneficiarios

Contratante :

Póliza No.

Asegurado

Fecha de Nacimiento:

No. Empleado:

No. de Certificado:

Vigencia Desde:

Fecha de Emisión:

PROGRAMA DE COBERTURAS

Programa de Seguro de Vida y Capitalización Ahorroflex Colectivo

Suma Asegurada Lps.

Básica por Fallecimiento

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)

Fondo de Administración

Beneficiarios Principales

Nombre:

Parentesco

%

Beneficiarios de Contingencia

Nombre:

Parentesco

%

Este Certificado Individual anula y reemplaza cualesquier otro emitido anteriormente.

Firmado en xxxxxx., República de Honduras, en la fecha de emisión.

Firma Autorizada Compañía

Firma Autorizada Contratante