



SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

CONTRATANTE:

NO. POLIZA:

NO. CERTIFICADO:

ASEGURADO:

EDAD:

DOMICILIO:

SUMA ASEGURADA:

VIGENCIA DESDE:

VIGENCIA HASTA:

COBERTURAS DE SEGURO:

1. COBERTURA BASICA:

Muerte por Cualquier Causa

2. COBERTURAS ADICIONALES:

- 1 Muerte y Desmembramiento Accidental
- 2 Renta por Incapacidad Total y Permanente
- 3 Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente
- 4 Anticipo de Suma Asegurada en Caso de Enfermedad Terminal
- 5 Auxilio de Gastos Fúnebres
- 6 Ayuda Alimentaria para la Familia del Asegurado Fallecido
- 7 Servicios de Asistencias:
 - 7.1 Asistencia Médica en caso de Emergencia Laboral
 - 7.2 Servicio de Asistencia Funeraria
 - 7.3 Servicio de Asistencia Odontológica

DETALLE DE LOS BENEFICIARIOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%





El presente Certificado es emitido por ASSA Compañía de Seguros Honduras S.A. de conformidad a las declaraciones del Asegurado y Contratante de la Póliza.

En testimonio de lo cual, se emite el presente Certificado Individual de Seguro en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____

FIRMA AUTORIZADA

