

SEGURO COLECTIVO DE VIDA ATLÁNTIDA PLUS

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 1 de 1

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA ATLÁNTIDA PLUS
CERTIFICADO INDIVIDUAL****CONTRATANTE:**

PÓLIZA COLECTIVA No.:

EDAD:

CERTIFICADO INDIVIDUAL No.:

SUMA
ASEGURADA:

ASEGURADO:

CON DOMICILIO EN:

FECHA DE INGRESO A LA

PÓLIZA:

VIGENCIA DESDE:

VIGENCIA HASTA:

DICHO SEGURO TIENE LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

1. MUERTE POR CAUSA NATURAL
2. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL
3. GASTOS FÚNEBRES

BENEFICIARIOS:

No.	NOMBRE	PARENTESCO	TIPO	CANTIDAD
-----	--------	------------	------	----------

La Aseguradora pagará la suma indicada, previa comprobación fehaciente de la muerte del Asegurado, ocurrida mientras formaba parte del Grupo Asegurado.

Seguros Atlántida, S.A. conviene en amparar a la persona asegurada de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, siempre y cuando la póliza y el presente certificado se encuentren en vigor al momento de ocurrir el riesgo cubierto.

La inscripción del presente Certificado Individual se hace de conformidad a las declaraciones del Asegurado y del Contratante.

El presente Certificado Individual entrará en vigor a partir de las 12:00 horas del día de inicio de vigencia de la Póliza, con término de un (1) año contado a partir de esta fecha y con renovación automática previo debito de la prima correspondiente, sujeto a las condiciones generales de la póliza.

En testimonio de lo cual, se emite el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los xx del mes xxxx del 2019.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

