



SEGURO COLECTIVO DE VIDA AMPARO FUNERARIO CERTIFICADO INDIVIDUAL

Póliza No.

Vigencia: Desde _____

Certificado No.

Hasta _____

Contratante:

EQUIDAD COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. **CERTIFICA que:** bajo la Póliza emitida a favor de _____, se encuentran aseguradas por la cantidad de _____ (L. _____) cada una de las personas protegidas bajo este certificado:

GRUPO ASEGURADO

Nombres		Fecha de Nacimiento	Suma Asegurada
Asegurado Directo			
Familiares Elegibles	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Suma Asegurada
1			
2			
3			
4			
5			

BENEFICIARIOS

NOMBRE DE BENEFICIARIOS	PARENTESCO	IDENTIDAD	%

COBERTURAS

1. Gastos Fúnebres en caso de Muerte
2. Suicidio

Equidad Compañía de Seguros S.A. pagará la suma asegurada a los beneficiarios designados, y a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, inmediatamente recibidas las pruebas fehacientes de la muerte de alguna de las personas aseguradas, siempre que la Póliza y este Certificado se encuentren vigentes.

Este certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con vigencia anterior.

Emitido en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., el ____ de _____ de 20____.

Firma autorizada