

**SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

Póliza: _____
Contratante: _____

Certificado:
Desde: _____ a las 12 horas del mediodía
Hasta: _____ a las 12 horas del mediodía

Vigencia

Fecha: _____ **Referencia:** _____
Domicilio: _____

Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____
Ocupación: _____
Domicilio: _____

Coberturas

Cobertura		Suma Asegurada
MUERTE ACCIDENTAL	LPS	_____
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	LPS	_____
INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE		
INCAPACIDAD TEMPORAL		
ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS FARMACÉUTICOS	LPS	_____
GASTOS FUNEBRES DEDUCIBLE	LPS	

Primas

Prima Total	LPS	_____
--------------------	-----	-------

Beneficiarios

Código	Nombre	Parentesco	% Participación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Beneficiarios por Contingencia			
_____	_____	_____	_____

En fe delo cual por Seguros Crefisa, S.A. se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C. a los xx días del mes de xxx del año 2021

Firma Autorizada

Gerente General