



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
CERTIFICADO INDIVIDUAL No. \_\_\_\_\_**

**Póliza No.:**

**Contratante:**

**Seguros del País, S.A.**, con domicilio en la Ciudad de San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A. de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares de la póliza antes mencionada, conviene en asegurar a:

**NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO  
Identidad No.**

**Vigencia del Seguro**

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al mediodía    Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al mediodía

**Coberturas del Seguro**

COBERTURA BÁSICA: FALLECIMIENTO  
COBERTURAS ADICIONALES:

**Suma Asegurada  
SUMA ASEGURADA**

**BENEFICIARIO DEL SEGURO:**

| Nombre | Parentesco | % |
|--------|------------|---|
|--------|------------|---|

Se firma el presente certificado en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, a los \_\_\_\_ días de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma Autorizada**

