

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO

Póliza: _____
Contratante: _____
Fecha: _____ **Referencia:** _____
Domicilio: _____

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

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

Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura Básica: Muerte	LPS
Coberturas Adicionales: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____	

Beneficiarios

Código	Nombre	Parentesco	% Participación
--------	--------	------------	-----------------

100%

En fe de lo cual por Seguros Crefisa S.A., se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C. a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Firma Autorizada

Gerente General