

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO

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

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

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

Coberturas

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

Beneficiarios

Código	Nombre	Parentesco	% Participación
0000000000000	<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u>	XXXXX	<u>100%</u>



En fe de lo 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 XXXXX del año 20XX.

Firma Autorizada

Gerente General