SEGURO DE VIDA ANUAL RENOVABLE BANCOCCIVIDA- LEMPIRAS

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza: _____
Asegurado: _____

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

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

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

Coberturas

Cobertura		**Suma Asegurada**
	LPS	**XXXXX**
Muerte por Cualquier Causa Pago Anticipado del Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente. Gastos Fúnebres		

Beneficiarios

Código	**Nombre**	**Parentesco**	**% Participación**
0000000000000	**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**	XXXXX	**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 XX días del mes de XXXXX del año 20XX.

_____ **Firma Autorizada**

_____ **Gerente General**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 22/23-03-2022.