



**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO  
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**

(Depende de la Cobertura que el Asegurado adquiera, según lo establecido en la Cláusula No. 1 de las Condiciones Generales)

**SUMA ASEGURADA**

**Deducible:**

**BENEFICIARIO DEL SEGURO:**

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>%</u>
---------------	-------------------	----------

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

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