

**SEGURO AHORROFLEX
CONDICIONES PARTICULARES**

ASEGURADO XXXXX
DOMICILIO XXXXX
XXXXXX
XXXXXXXXX
XXXXXXXX3527

No. DE POLIZA: XXX
No. DE EXPEDIENTE: XXX
VIGENCIA DESDE: XXXXX
VIGENCIA HASTA: XXXX
No. FACTURA: XXXXXX

Agente: XXXXXX XXXXXXXX

Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Fumador	Plazo Pagos de Primas	Plazo Seguro
XX/XX/XX	X años	X	XX	XX años	XX años

PROGRAMA DE COBERTURAS

COBERTURAS	Suma Asegurada
	L.

COBERTURA BASICA

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

L.

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDAS ORGANICAS (DIMAP)

L.

EXENCION DEL COSTO DEL SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ECSIT)

L.

RENTA MENSUAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (REMI)

L.

OBJETIVOS DE CAPITALIZACIÓN Y RETIRO

CAPITAL FINAL

CONTRATANTE

CONTINUACION DEL SEGURO EXENTO DE PRIMAS (COSEP)

L.

ALTERNATIVA DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO:

OPCIÓN A: SUMA ASEGURADA MAS FONDO ACUMULADO

OPCIÓN B: SUMA ASEGURADA NIVELADA

PROGRAMA DE APORTACIONES

Prima Programada Anual	1)XXXX	Forma de Pago	1)XXXX	Primer Pago	1)XXXX	Aportación Inicial Adicional	1)XXXX	Aporte Adicional Programado	0.00
------------------------	--------	---------------	--------	-------------	--------	------------------------------	--------	-----------------------------	------

Meses de Pago

Septiembre, Diciembre, Marzo, Junio

DESCRIPCION DEL PLAN

Ahorroflex. – Es un seguro flexible de Protección, Capitalización y Retiro mediante el cual LA COMPAÑÍA garantiza que, en caso de fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del seguro, pagara a los beneficiarios designados e inscritos en esta póliza la suma correspondiente según la Alternativa de Indemnización seleccionada por el asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia del seguro, pagará al propio asegurado, el Fondo en Administración.

**SEGURO AHORROFLEX
CONDICIONES PARTICULARES**

ASEGURADO XXXXX
DOMICILIO XXXXX
XXXXXX
XXXXXXXXXX
XXXXXXXX3527

No. DE POLIZA: XXX
No. DE EXPEDIENTE: XXX
VIGENCIA DESDE: XXXXX
VIGENCIA HASTA: XXXX
No. FACTURA: XXXXXX

Agente: XXXXXX XXXXXXXX

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**Principales**

Nombre	Parentesco	Participación
XXXX	XXXXX	XXXXX

De Contingencia

Nombre	Parentesco	Participación
XXXX	XXXXX	XXXXX

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios:

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C. Republica de Honduras, C.A., en la Fecha de emisión y emitido por XXXXX

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS