

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES PARTICULARES**

ASEGURADO
DOMICILIO

No. DE POLIZA:
No. DE EXPEDIENTE:
VIGENCIA DESDE:
VIGENCIA HASTA:

No. FACTURA:

Agente:

PROGRAMA DE COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada L.
-------------------	--------------------------

COBERTURA BÁSICA

1. Fallecimiento

COBERTURAS ADICIONALES

PROGRAMA DE PAGOS

**Forma
De
Pago**

**Prima
S/F
Pago**

**Meses
De
Pago**

Este Endoso anula y reemplaza cualquier otro emitido anteriormente.

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

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS