

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**CERTIFICADO INDIVIDUAL**  
*INCISO # (ES REFERENCIA DEL ASEGURADO)*

ASEGURADO  
DOMICILIO

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

Agente:

**PROGRAMA DE COBERTURAS**

<b>Coberturas</b>	<b>Suma Asegurada L.</b>
-------------------	--------------------------

**COBERTURA BÁSICA**

1. Fallecimiento

**COBERTURAS ADICIONALES**

**BENEFICIARIOS**

Nombre	Tipo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
--------	------	------------	---------------------	---

***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**