

Póliza: AP-0	Certificado No:	Endoso No:	Tipo:
DATOS DE LA POLIZA Y CONTRATANTE			
Asegurado:		Plan:	
Contratante:			
Vigencia: Días	Vigencia Desde: 12:00 Horas	Vigencia Hasta: 12:00 Horas	
Dirección:			

Moneda:

ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Accidental	L 0.00
Incapacidad Permanente, Parcial o Total por Accidente	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	L 0.00
Recibo No.:	Prima Total: L 0.00

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
		0.00 %
	DISTRIBUCIÓN	0.00 %

Forman parte de esta Póliza las condiciones generales, las condiciones particulares y los endosos emitido(s) en esta fecha.

En fe de lo cual se firma el presente documento en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los días del mes de del año

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA