

**SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL
CREFIMED CA + PLUS LIFE
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza No. 00000

Certificado No. 000

Nombre del Asegurado Titular:

Vigencia: 00 de 0000 de 0000 al 00 de 000000 de 0000

A. PERSONAS CUBIERTAS CON BENEFICIOS MEDICOS

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Titular	00/00/0000	00/0/0000

B. COBERTURAS

Conforme lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales

C. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL TITULAR

Nivel	Nombre	Parentesco	Porcentaje
Primeros			00.00 00.00

D. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL CONYUGE

Nivel	Nombre	Parentesco	Porcentaje

--	--	--	--

En Fe de lo cual por Seguros CREFISA, S. A. se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C a los xx días del mes de xx del año xxx

FIRMA AUTORIZADA: _____

Gerente General: _____