

**SEGURO DE ACCIDENTES
PERSONALES COLECTIVO
CERTIFICADO INDIVIDUAL**

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	
Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica:		
Anticipo de Suma Asegurada por Gastos Funerarios		
Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales		
Coberturas Adicionales Opcionales:		
Incapacidad Parcial o Total Permanente por Accidente		
Incapacidad Parcial Permanente por Lesión Desmembramientos o Pérdida de la Visión por Accidente		
Incapacidad Temporal (Por Accidente)		
Reembolso de Gastos Médicos por accidente		
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente		
Riesgos Adicionales:		
Recibo No.:	Prima Total: L	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
	Principal	100.00 %
	DISTRIBUCIÓN	100.00 %

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 xx del año

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA