

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SALDO DE DEUDA**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO****CERTIFICADO No. _____**

Póliza No.

Expediente No.

Contratante:

Seguros del País, S.A., del domicilio en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A. de conformidad con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Especiales de la póliza antes mencionada, conviene en asegurar a:

NOMBRE COMPLETO DE ASEGURADO**Identidad No.:**

Vigencia del Seguro: Desde: _____ Hasta: _____ ambas fechas hasta las 12:00 meridiano

Coberturas del Seguro

- I. FALLECIMIENTO
- II. Pago Anticipado de Capital por Incapacidad total y permanente
- III. Gastos Fúnebres (Esta cobertura aparecerá en caso que sea contratada)

Suma AseguradaMonto asegurada
Monto asegurada

Préstamo Amparado No.

BENEFICIARIO IRREVOCABLE:

Nombre	Parentesco	%

Se firma el presente certificado en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, a los _____ días de _____ del años 20____

Firma Autorizada