SEGURO FLEXIAHORRO
CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO
DOMICILIO

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

Agente:

Fecha de Nacimiento	*Edad*	*Sexo*	*Fumador*	*Plazo del Seguro*

FLEXIAHORRO *Protección – Capitalización*	*PROGRAMA DE COBERTURAS*	*Suma Asegurada* *US$*

COBERTURA BASICA
BASICA POR FALLECIMIENTO

COBERTURA ADICIONALES

___
___
___
___
___
___
___

ALTERNATIVA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE SUMA ASEGURADA MAS PLAN FLEXIAHORRO II

PROGRAMA DE APORTACIONES

Prima Programada Anual		*Forma de Pago*		*Prima S/F Pago*		*Aportación Inicial Adicional*		*Aporte Adicional Programado*	

Meses de Pago	

DESCRIPCION DEL PLAN

Flexiahorro. - Es un seguro flexible de Protección y Capitalización en dólares americanos mediante el cual LA COMPANIA garantiza que, en caso de fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del seguro, pagará a los beneficiarios designados e inscritos en esta póliza la suma correspondiente según la Alternativa de indemnización seleccionada por el Asegurado.

Firmado en _____República de Honduras, C.A. en la Fecha de emisión y emitido por

FIRMA AUTORIZADA	*DIRECTOR(A) GENERAL DE SEGUROS*

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro Pol GPU No.46/23-11-2023.

SEGURO FLEXIAHORRO
CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO
DOMICILIO

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

Agente:

Condición del Asegurado:

Asegurado Principal:	***Edad***	***Sexo***	***Fumador***
Fecha de Nacimiento			***Suma Asegurada US$***

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Principales

Nombre	**Parentesco**	**Participación**

De contingencia

Nombre	**Parentesco**	**Participación**

Observaciones del asegurado sobre la designación de Beneficiarios:

Firmado en _____República de Honduras, C.A. en la Fecha de emisión y emitido por

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTOR(A) GENERAL DE SEGUROS

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro Pol GPU No.46/23-11-2023.