

POLIZA: SEGURO COLECTIVO DE VIDA SALDO DE DEUDA

POLIZA: XXXX

Asegurado: XX.

dirección del Asegurado: XX

Vigencia desde: XX

Vigencia hasta: XX

INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. con domicilio en Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras, Centroamérica, que en el curso de esta Póliza se denominará "La Compañía", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro que constituye la base del presente contrato, indemnizará bajo la cobertura de **VIDA COLECTIVO SALDO DE DEUDA** a la(s) persona(s) cuyos nombres aparecen en el registro anexo de asegurados que integran el seguro colectivo de: XXXX a quien en lo sucesivo se le designará como el Asegurado, sujetos a las condiciones generales y especiales de esta Póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras y a los anexos que forman parte integrante de la misma.

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar bajo esta Póliza serán liquidables en la moneda pactada, en el domicilio de la Compañía.

En testimonio de lo cual, **Interamericana de seguros, S.A.** firma la presente en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., XX de XX de XX.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA