

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SALUD PLENA
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza No. _____

Prima Mensual L. _____

Tipo de Plan: _____

Cuenta/TC: _____

Seguros del País, S.A., del domicilio en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A. de conformidad con las Condiciones de la presente póliza, conviene en asegurar a:

Datos el Asegurado y Dependientes:

Tipo de Asegurado	Nombre Completo	DNI #	Fecha de Nacimiento
Titular			
Cónyuge			
Hijo(a)			

Fecha de Inicio del Seguro:

 Desde: ____ / ____ / ____ a las 00:00 horas
 Día Mes Año

Coberturas del Seguro y Sumas Aseguradas:

Coberturas	Suma Asegurada
Fallecimiento	
Asistencia Médica	
Reembolso de gastos médicos por accidente	
Renta diaria por hospitalización	

En caso de fallecimiento del asegurado Titular, se designa como beneficiario(s) a:

Nombre	DNI #	Dirección	Parentesco	%

Se firma el presente certificado en la ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____

Firma Autorizada

Firma Autorizada