

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Contratante:

Póliza No.:

Vigencia

Dirección:

Hasta:

Nombre del Asegurado:

Dirección:

Correo Electrónico:

Número de Teléfono:

COBERTURA BASICA

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
I)	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA		
II)	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		

COBERTURAS ADICIONALES

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
I)	Indemnización Adicional por muerte accidental o Desmembramiento.		
II)	Indemnización adicional por muerte accidental calificada.		
III)	Reembolso de gastos médicos por accidente.		
IV)	Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente.		
V)	Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal.		
VI)	Gastos Fúnebres		
VII)	Repatriación		
VIII)	Ayuda alimentaria		

Suma Total Asegurada: L. _____

Prima Total: L. _____

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Preferentes

Nombres y apellidos	No. de DNI	Parentesco	Edad	% Participación

Contingentes

Nombres y apellidos	No. de DNI	Parentesco	Edad	% Participación

SEGUROS CONTINENTAL, S.A., con domicilio de San Pedro Sula, Honduras, C.A. De conformidad con las Condiciones Generales de la póliza, conviene en asegurar la vida de la persona arriba anotada, que en lo sucesivo se llamara el asegurado, por la suma indicada que se pagara tan pronto como se reciban pruebas fehacientes del fallecimiento del asegurado y de que este continúa siendo miembro del Grupo Asegurado y la póliza respectiva se encontrare en vigor.

En testimonio de lo cual Seguros Continental, S.A. firma el presente en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, el _____ de _____ del _____.

FIRMA EMISOR

FIRMA AUTORIZADA

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 44/17-10-2025.”