

**CERTIFICADO DE SEGURO
SEGURO DE VIDA COLECTIVO**

Póliza Maestra No.:	Cert. No.	Endoso No.:	Tipo:
Vigencia: días	Desde:	12:00 Horas. Hasta:	12:00 Horas.

DATOS GENERALES

Contratante:	Identificación No.:
Asegurado:	Identificación No.:
Dirección del Asegurado:	
Teléfonos del Asegurado:	Correo de asegurado:
Beneficiario/cesionario:	

Factor Cambio:**Moneda:**

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)	
Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica sin pago de prima:	
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios	AMPARADA
- Anticipo de suma Asegurada por Enfermedad Terminal	AMPARADA
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales	AMPARADA
Coberturas contratadas por medio de convenio expreso y pago de prima adicional:	
Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	AMPARADA / EXCLUIDA
Muerte Accidental Calificada	AMPARADA / EXCLUIDA
Pago Anticipado de Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Pago Adicional por Incapacidad Total por Enfermedad o Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	AMPARADA / EXCLUIDA
Gastos Fúnebres	AMPARADA / EXCLUIDA
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Desempleo o Incapacidad Temporal	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia Funeraria	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia de Repatriación de Restos Mortales	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia Salud	AMPARADA / EXCLUIDA

Fecha de Emisión	Recibo No	Total Suma Asegurada	Prima Total

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
Total Porcentaje de Designación		

Forman parte de este certificado las Condiciones Particulares, Especiales y Condiciones Generales de Seguro de Vida Colectivo de la póliza maestra contratada.

CERTIFICADO DE SEGURO SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Póliza Maestra No.:	Cert. No.	Endoso No.:	Tipo:
Vigencia: días	Desde: 12:00 Horas.	Hasta:	12:00 Horas.

En fe de lo cual se firma el presente documento en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma Autorizada

Firma Autorizada