

SEGURO INDIVIDUAL AYUDA ALIMENTARIA

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA No. :

DIRECCIÓN :

NOMBRE DEL ASEGURADO:

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN:

TELEFONO: **CORREO ELECTRONICO:**

VIGENCIA:

Fecha de Inicio del Seguro:

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

Hasta: ____/____/____ a las 00:00
 Día Mes Año

COBERTURAS

MUERTE DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA.

FORMA DE PAGO :

PRIMA MENSUAL:

SUMA ASEGURADA:

Plan	Suma Asegurada
PLAN A	L.
PLAN B	L.
PLAN C	L.

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL SSE No.14/30- 08-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.19/12-07-2023”.

Beneficiarios

Nombre	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN	Dirección	Parentesco	%

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

FIRMA AUTORIZADA

GERENTE GENERAL