



## SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES PARTICULARES

**(Diseñado en base a las condiciones negociadas con el Contratante)**

Que se agregan y forman parte de la póliza:

<b>ASSA – Seguro Colectivo de Vida</b>	<b>No.</b>	
--	------------	--

<b>Contratante:</b>
---------------------

<b>Contribución:</b>	
<b>Seguro Colectivo de Vida</b>	

<b>Vigencia</b>	<b>Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>12:00 del meridiano</b>
-----------------	---------------	---------------	----------------------------

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza de **Seguro Colectivo de Vida**.

Elegibilidad. Serán elegibles para pertenecer al grupo asegurado, los empleados activos y permanentes, detallados en las siguientes categorías:

Categoría	Descripción
<b>CLASE I</b>	(Describa las características de la categoría de empleados)
<b>CLASE II</b>	(Describa las características de la categoría de empleados)

<b>CUADRO DE BENEFICIOS – SEGURO COLECTIVO DE VIDA</b>		
<b>Coberturas</b>	<b>Características y/o Condiciones</b>	<b>Características y/o Condiciones</b>
	<b>CLASE I</b>	<b>CLASE II</b>
<b>Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa.</b>		



<b>Coberturas Adicionales:</b>  1. Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental. 2. Cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente. 3. Cobertura de Exención del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente. 4. Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada en caso de Enfermedad Terminal. 5. Auxilio de Gastos Fúnebres. 6. Cobertura de Ayuda Alimentaria para la Familia del Asegurado fallecido.		
<b>Servicios de Asistencia:</b>		
Asistencia Médica en caso de Asistencia Laboral.		
Servicio de Asistencia Funeraria.		
Servicio de Asistencia Odontológica.		

**RIESGOS CUBIERTOS:** (detalle de coberturas de acuerdo al cuadro de beneficios negociado con el Contratante)

**ASPECTOS GENERALES:** (de Acuerdo las Condiciones negociadas con el Contratante)

Aplican los demás términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Vida Las cuales puede solicitar al correo [servicioalclienteHN@assanet.com](mailto:servicioalclienteHN@assanet.com) en formato electrónico.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

**FIRMA AUTORIZADA**

**FIRMA AUTORIZADA**





## SEGURO COLECTIVO DE VIDA CARÁTULA DE LA POLIZA

**Póliza:**

**Endoso:**

Fecha: \_\_\_\_\_  
**Plan:** \_\_\_\_\_ **Tipo de Producción:** \_\_\_\_\_  
**Contratante:** \_\_\_\_\_

**Datos personales:**

RTN: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_  
 Apdo.: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

**Vigencia de la póliza:**

Desde: \_\_\_\_\_  
 Hasta: \_\_\_\_\_

Hora Oficial: 12:00 Meridiano

Dirección: \_\_\_\_\_

**Total de Asegurados Cubiertos:**

**Ver Listado Adjunto**

**COBERTURAS**

**PRIMA**

Muerte por Cualquier Causa	0.00
Muerte Accidental Y Desmembramiento	0.00
Accidental	0.00
Renta por Incapacidad Total y permanente	0.00
Exención de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente	0.00
Anticipo de Suma Asegurada en Caso de Enfermedad Terminal	0.00
Auxilio de Gastos Fúnebres	0.00
	0.00

Prima: \_\_\_\_\_

Total a Pagar

Frecuencia de Pago

Forma de Pago

Día de Pago

Pago Mensual

**Contratante**

**Firma Autorizada**

