

**SEGURO COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL-
LEMPIRAS
CONDICIONES PARTICULARES**

POLIZA No. :

CONTRATANTE :

DIRECCIÓN :

R.T.N.: TELEFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

VIGENCIA DE LA PÓLIZA :

**VIGENCIA:
DESDE: HASTA:**

COBERTURA:

- a) Muerte Accidental
- b) Desmembración Accidental
- c) Doble Indemnización por pérdidas en accidentes calificados.

FORMA DE PAGO :

VALOR DE LA PRIMA :

SUMA ASEGURADA :

Vigencia	Desde:		Hasta:		12:00 del meridiano
----------	--------	--	--------	--	---------------------

FIRMA AUTORIZADA