

**SEGURO COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL SEGURO-DOLARES**

**CONDICIONES PARTICULARES**

**POLIZA No. :**

**CONTRATANTE :**

**DIRECCIÓN :**

**R.T.N.: TELEFONO: CORREO ELECTRONICO:**

**VIGENCIA DE LA POLIZA :**

**VIGENCIA DE LA PÓLIZA :**

**VIGENCIA:  
DESDE: HASTA:**

**COBERTURAS AMPARADAS:  
MUERTE ACCIDENTAL  
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL  
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS EN ACCIDENTES CALIFICADOS**

**FORMA DE PAGO :**

**VALOR DE LA PRIMA :**

**SUMA ASEGURADA:**

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AUTORIZADA**