

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES
CORREO Y REMESAS ELECTRÓNICAS GIRO SEGURO
CONDICIONES PARTICULARES**

POLIZA No. :

CONTRATANTE :

DIRECCIÓN :

R.T.N.: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

VIGENCIA DE LA PÓLIZA :

**VIGENCIA:
DESDE: HASTA:**

**COBERTURA:
1) MUERTE ACCIDENTAL
2) AYUDA POR IMPACTO EMOCIONAL ANTE ROBO DE REMESA**

**ASISTENCIAS:
1.ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA
2.REFERENCIA A CENTROS MÉDICOS DE ATENCIÓN
3.INTERPRETACIÓN MÉDICA DE EXÁMENES DE LABORATORIO
4.ATENCIÓN DE EMERGENCIA MÓVIL
5.VISITAS MÉDICAS EN CLÍNICA CON MÉDICO GENERAL**

FORMA DE PAGO :

VALOR DE LA PRIMA :

SUMA ASEGURADA :

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

FIRMA AUTORIZADA