

**SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO E
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

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:

FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

BENEFICIO ADICIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

FORMA DE PAGO :

VALOR DE LA PRIMA :

SUMA ASEGURADA:

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

FIRMA AUTORIZADA