

SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLÉO 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 INDEMINIZACIÓN POR DESEMPLÉO 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