

**SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO E  
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL  
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

**POLIZA No.** :

**CERTIFICADO No.** :

**CONTRATANTE** :

**INICIO DE VIGENCIA** :

**SUMA ASEGURADA** :

**COBERTURA:**

- a) Fallecimiento del Asegurado Titular
- b) Beneficio Adicional de Indemnización por Desempleo Involuntario
- c) Beneficio Adicional Indemnización por Incapacidad Total Temporal

Este documento certifica que la persona mencionada está asegurada de acuerdo a las Coberturas y Beneficios arriba descritos los cuales se rigen de acuerdo a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros. El pago de la prima por parte del Contratante confirma su aceptación a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza, las cuales se adjuntan, por lo que es deber del Asegurado(a) leer y conocer las mismas. La cancelación o anulación del contrato, presupone la cancelación automática del seguro. La fecha efectiva del seguro será la indicada en la parte superior de este Certificado Individual de Seguro.

---

**FIRMA AUTORIZADA**