

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA BANCO AZTECA SEGURO MIGRANTE
CONDICIONES PARTICULARES**

POLIZA No. :

CONTRATANTE :

DIRECCIÓN :

R.T.N.:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

VIGENCIA DE LA PÓLIZA :

**VIGENCIA:
DESDE:**

HASTA:

**COBERTURAS AMPARADAS:
COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA
COBERTURA ADICIONAL:
SERVICIOS DE ASISTENCIA:**

FORMA DE PAGO :

VALOR DE LA PRIMA :

SUMA ASEGURADA :

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

FIRMA AUTORIZADA

