

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
CONDICIONES PARTICULARES****N° DE CLIENTE:****N° DE PÓLIZA:****N° DE EXPEDIENTE:****VIGENCIA:**

Desde:

Hasta:

Ambas Fechas Hasta las 12:00 del mediodía

**CONTRATANTE:****SUMA ASEGURADA:****PLAN DE SEGURO:****FORMA DE PAGO:****COBERTURAS AMPARADAS:****COBERTURA BÁSICA: FALLECIMIENTO****TEXTO DE LAS CLAUSULAS EN CASO QUE APLIQUE**

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_.

**Firma Autorizada****Firma Autorizada**