

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

Desde:

Hasta:

Ambas Fechas Hasta las 12:00 del mediodía

CONTRATANTE:**RUBRO AL QUE SE DEDICA:****SUMA ASEGURADA:****PLAN DE SEGURO:****FORMA DE PAGO:****COBERTURAS:**

(Depende de la Cobertura que el Asegurado adquiera, según lo establecido en la Cláusula No. 1 de las Condiciones Generales)

DEDUCIBLE:**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**