

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA ACREEDOR
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

Póliza No: _____
Fecha Emisión: _____
No. de Recibo: _____

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombre Completo: _____ **No. Identidad:** _____

Dirección: _____

Fecha Nacimiento **Edad** **Nombre del Acreedor**

Suma Asegurada **Vigencia desde**
L. _____

Prima Total Vigencia del Seguro **Plazo Vigencia** **Vigencia hasta**
L. _____

PROGRAMA DE COBERTURAS

Suma Asegurada en LPS.

Nombre del Asegurado	Fallecimiento	Pago anticipado de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente
-----------------------------	----------------------	--

COBERTURAS ADICIONALES:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

En caso de Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, una vez, cubierto el saldo del Deudor–Asegurado a favor del remanente de la Suma Asegurada, si lo hubiere, será pagado a los beneficiarios declarados en la designación de beneficiarios de este Certificado Individual de Seguro o al propio Asegurado, según sea el caso.

Principales:

Nombre completo	Parentesco	Participación (%)
------------------------	-------------------	--------------------------

Contingentes:

Nombre completo	Parentesco	Participación (%)
------------------------	-------------------	--------------------------

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS CIA SEGUROS