



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Contratante:		
Asegurado:		
Póliza No.	Suma Asegurada: L	Edad Asegurado:
Certificado:	Vigencia: Desde	Hasta

Coberturas:

1. Muerte	
2. Suicidio	
3. Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente	
4. Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente	
5. Gastos Fúnebres	
6. Pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente	
Coberturas Adicionales:	
7. Cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes	
8. Pago Anticipado Parcial de la Suma Básica en caso de Enfermedad Terminal	

Beneficiarios:

Nombre de Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje Beneficio

Beneficiario Contingente:

Nombre de Beneficiarios	Parentesco	Porcentaje Beneficio

Equidad Compañía de Seguros S.A., firma el presente Certificado Individual que forma parte de la Póliza de Seguro Colectivo arriba indicado, en la misma fecha de vigencia, quedando anulado y reemplazado cualquier otro emitido anteriormente.

En la ciudad de _____, el ____ de _____ de 20____.

Firma Autorizada