

SEGURO COLECTIVO DE VIDA ACREEDOR
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
COBERTURA DE DESEMPLEO

Póliza No: _____
Fecha Emisión: _____
Préstamo No.: _____

DATOS GENERALES DEL DEUDOR ASEGURADO

Nombre Completo: _____ No. Identidad: _____

Dirección: _____

Fecha Nacimiento _____ Edad _____ Nombre del Acreedor _____

Suma Asegurada Inicial _____ Plazo Vigencia _____ Vigencia desde
L. _____
Prima Inicial _____ Cuota Total Mensual Préstamo _____ Vigencia hasta _____

PROGRAMA DE COBERTURAS

Suma Asegurada en LPS.

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

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

En caso de Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, una vez, cubierto el saldo del Deudor–Asegurado a favor de _____, el 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– Póliza 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