



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Contratante:.

Póliza No.

Vigencia Desde: --/--/20--

Certificado No.

Vigencia Hasta: --/--/20--

Coberturas Amparadas

N°

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 Pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente

Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Identidad	Suma Asegurada

NOMBRE DE BENEFICIARIOS	PARENTESCO	%

Equidad Compañía de Seguros S.A., firma el presente Certificado Individual de Seguro 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

Gerencia General