

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
CONDICIONES PARTICULARES****DATOS GENERALES****CONTRATANTE:****DIRECCIÓN DE COBRO:****POLIZA No.:****EXPEDIENTE:****VIGENCIA:** Desde: al mediodía
Hasta: al mediodía**FORMA DE PAGO:****MONEDA:****COBERTURAS:** Según Tabla de Beneficios**CLAUSULAS ESPECIALES:****TEXTO DE LAS CLAUSULAS EN CASO QUE APLIQUE.**

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de _____, a los _____ de
_____ del _____.

Firma Autorizada**Firma Autorizada**