

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES**

**BANCO AZTECA REMESA PROTEGIDA**

**CONDICIONES PARTICULARES**

**POLIZA No. :**

**CONTRATANTE :**

**DIRECCIÓN :**

**R.T.N.: TELEFONO: CORREO ELECTRONICO:**

**VIGENCIA DE LA PÓLIZA :**

**VIGENCIA:  
DESDE: HASTA:**

**COBERTURAS AMPARADAS:  
COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y AYUDA POR IMPACTO EMOCIONAL  
ANTE ROBO DE REMESA.**

**SERVICIOS DE ASISTENCIA:  
TRASLADO MÉDICO TERRESTRE  
ORIENTACIÓN TELEFÓNICA**

**FORMA DE PAGO :**

**VALOR DE LA PRIMA :**

**SUMA ASEGURADA :**

<b>Vigencia</b>	<b>Desde:</b>		<b>Hasta:</b>		<b>12:00 del meridiano</b>
-----------------	---------------	--	---------------	--	----------------------------

---

**FIRMA AUTORIZADA**