

CARÁTULA DE LA PÓLIZA SEGURO DE COLECTIVO DE DESEMPLEO



N° Póliza:		
Prima neta: Gastos de emisión: Recargo por fraccionamiento: IVA: Total:		
I. DATOS DEL CONTRATANTE		
Contratante:	DPI / Pasaporte:	NIT:
Dirección:		
Municipio:	Departamento:	
Teléfonos:	Correo Electrónico:	
Actividad Principal:		
II. DATOS DE LA PÓLIZA		
Vigencia: Desde:	Hasta:	Moneda: Territorio:
III. FACTURAR A NOMBRE DE:		
Fecha Emisión:	Forma de Pago:	Contributiva: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porcentaje %
IV. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURADO		
V. PLAN DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO		
Límites de Edad: Territorio: Criterios para establecer la Suma Asegurada:		
COBERTURA	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE (Si aplica)
FICOHSA SEGUROS, S.A. con domicilio en la Ciudad de Guatemala, al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que procedan de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante al inicio de la vigencia en la periodicidad de pago contratada.		
En testimonio de lo cual FICOHSA SEGUROS, S.A. firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, el _____ de _____ del _____		
_____ Firma Autorizada		
Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1352-2019 del 3 de octubre de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.		