



nombre cliente **CERTIFICADO DE COBERTURA AL CONTRATO DE SEGURO
DE VIDA EN GRUPO**

Nº

Se deja expresa constancia mediante el presente certificado, que:

Ha sido admitido como integrante a la póliza N° con efecto desde y como sujeto obligado al pago en cuota a la COMPAÑIA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE AEREO AMASZONAS S.A tiene derecho a las prestaciones del Contrato según sus reglas y condiciones.

COBERTURAS

- Muerte Natural o Accidental (excepto las expresamente excluidas en la REGLA VIII RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES)
- Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente
- Desempleo (personas dependientes)

TASA TOTAL ANUAL

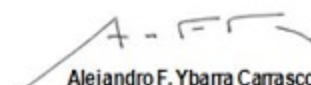
Las primas serán canceladas por el "Tomador" por el periodo de vigencia del crédito.
Tasa Mensual 2,242% por mil para Muerte Natural o Accidental e Invalidez Total y Permanente
Tasa Mensual 0,20% por mil para Desempleo

CAPITAL ASEGURADO

- Muerte Natural o Accidental
 - Desempleo
- Capital declarado según planillas mensuales presentadas por el Punto de Venta de la póliza

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.


Horacio Kropp Aranguren
GERENTE REGIONAL CORPORATIVO LA PAZ


Alejandro F. Ybarra Carrasco
GERENTE GENERAL

EN CASO DE SINIESTRO SÍRVASE CONTACTARSE CON LA COMPAÑIA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE AEREO AMASZONAS S.A. O LA COMPAÑIA

La adhesión a la presente póliza es de carácter voluntario y puede ser reemplazada por otra de similares características