



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 AMAZONAS 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

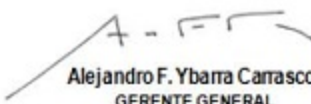
Las primas serán canceladas por el "Tomador" por el periodo de vigencia del crédito.  
Tasa Mensual 2,242% por mil para Muerte Natural o Accidental e Invalidez Total y Permanente  
Tasa Mensual 0,20% por mil para Desempleo

### 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 AMAZONAS S.A. O LA COMPAÑIA

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