

RUC. 1090083631001

INTEROCEANICA C.A. SEGUROS Y REASEGUROS, que en adelante se denominará "La Compañía", en virtud de la solicitud de seguro de seguro presentada por el interesado, en adelante "El Asegurado" y que forma parte integrante de este contrato, se obliga a indemnizar al Asegurado, por las razones previstas en este contrato, de acuerdo a las condiciones generales, aprobadas por la Superintendencia de Bancos con resolución No.SBS-INS-2002- 260 de 05 de agosto del 2002 12:00:00 a.m.

#Póliza: AMB-0000000090-1	Ramo: ACCIDENTES PERSONALES	Código 04	Producto \ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
Contratante COLECOM CIA. LTDA.		Dirección: CALL. IGNACIO DE VEINTIMILLQ # 8-65 Y JUNIN			Identificación: 1791862856001
Asegurado COLECOM CIA. LTDA.		Identificación 1791862856001			Grupo 000
Dirección: CALL. IGNACIO DE VEINTIMILLQ # 8-65 Y JUNIN			Telefono (03) 2426-901		Fax (09) 9169-4546
Moneda DOLARES AMERICANOS	Paquete N/A	Suma Asegurada Póliza 6,620.34	Vigencia Póliza: Desde 15/06/2015 12:00:00		Hasta: 15/06/2016 12:00:00
Notas:		Suma Asegurada Documento 6,620.34	Vigencia Documento: Desde 15/06/2015 a las 12:00:00		Hasta: 15/06/2016 a las 12:00:00
Origen DIRECTO	Compañía	Porcentaje	Referencia		

Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos:

POLIZA

DIAS VIGENCIA DEL DOCUMENTO: 366

GRUPO: 1

NÚMERO PERSONAS 3 VALOR POR PERSONA 2,206.78

3 EMPLEADOS OPERATIVOS DE COLECOM REGISTRADOS EN ROL DE PAGOS PARA LA OBRA "REPOTENCIACIÓN DE CENTROS DE TRANSFORMACIÓN, CAMBIO DE ACOMETIDAS Y MEDIDORES EN EL ALIMENTADOR COCA 1

VALOR TOTAL: 6,620.34

COBERTURAS

* MUERTE ACCIDENTAL	6,620.34	2,206.78	0.90	59.75
TOTAL:	6,620.34			

Clausulas:

ACLARATORIO :

LIMITE DE EDAD :

PAGO DE PRIMAS

ADHESION

CLAUSULA DE CANCELACIÓN, 30 DIAS CALENDARIO

AVISO DE SINIESTRO

CLÁUSULA DE CANCELACION ANTICIPADA Y NO INDIVIDUAL DE LA POLIZA

Prima 59.75	Sup.Bancos 2.09	SSC No. Rete 0.00	Segu. Campe. 0.30	Der.Emisión. 0.50	IVA 0.00	Financiación 0.00	TOTAL A PAGAR 62.64
Adicionales 0.00	Agente RODRIGUEZ BETANCOURT DORIAN EDUARDO						Página 1 de 3

En fe de lo cual la compañía expide el presente contrato de seguro, en AMBATO el día 22 de mayo de 2015 - Usuario:SuarezF

x 
Contratante y/o Asegurado




La Compañía

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con resolución No. SB-INS-97-405 del 11 de septiembre de 1997

QUITO MATRIZ: AV. AMAZONAS N35-17 JUAN PABLO SANZ EDIFICIO XEROX 5TO PISO PBX:(593-2)(02) 2977-500 /022251400 Casilla:1716156 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com

IBARRA: OVIEDO 739 Y BOLIVAR. EDIFICIO MUTUALISTA IMBABURA OF. 402 PBX:(593-6)(06) 2643-653 /062642730 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com

AMBATO: Av. Rodrigo Pachano C.C. Caracol LOCAL 29-30-31 MONTALVO PBX:(593-3)(03) 2423-856 /032826793 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com

GUAYAQUIL: CALLE: RODRIGO CHAVEZ, PARQUE EMPRESARIAL COLON, EDIF. EMPRESARIAL No. 1 OFICINA 104 PBX:(593-4)(04) 2630-661 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com

PORTOVIEJO: RICAURTE Y AMERICA ESQUINA sn PBX:(593-5) (05) 2639-923 E-mail:servicio.cliente@segurosinteroceania.com