

SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES

Nombre del Tomador:
Número de Póliza:

Cédula Jurídica:

Datos Personales del Asegurado			
Nombre Completo:	1er apellido:	2do apellido:	
No. de Identificación:	Email		
Fecha de nacimiento: día mes año	Sexo: Masculino Femenino		
Telefono de oficina:	Telefono personal:	Fax o apartado:	
Domicilio:	País	Provincia:	
Cantón:	Distrito:		
Dirección exacta:			

Información de Beneficiarios (para cobertura de muerte y gastos funerarios)				
	Beneficiario #1	Beneficiario #2	Beneficiario #3	Beneficiario #4
Nombre Completo				
No. de Identificación				
Fecha de nacimiento				
Email				
Telefono				
Cantidad (US\$ o %)				

Datos Seguro Colectivo de Enfermedades Graves			
Fecha de vigencia: día mes año	Fecha de vencimiento: día mes año		
Modalidad	No-Contributiva	Contributiva: _____ Porcentaje: _____%	
Coberturas solicitadas	Básica: Enfermedad Grave	Muerte y Gastos Funerarios	Cobertura para el Adulto Mayor

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. El suscrito solicitante declara tener pleno conocimiento que las coberturas ofrecidas por este seguro pueden ser contratadas por su propia cuenta, a través de cualquier aseguradora o intermediario de seguros debidamente registrado ante la SUGESE, y por ende autoriza a la entidad financiera a incluirlo(a) en esta póliza colectiva.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número P20-62-A12-491 de fecha 17 de Diciembre de 2013.



FIRMA SOLICITANTE