

SOLICITUD DE SEGURO

COLECTIVO DE VIDA DÓLARES

| Datos Generales del Tomador del Seguro | | | | | | | |
|---|--|------|-----|---|-----------------------|--|-------------------|
| Nombre comercial: | | | | Tipo de entidad: SA SRL Fundación Otro | | | |
| Cédula jurídica: | | | | Razón social: | | | |
| Actividad de la empresa o negocio: | | | | | | | |
| Fecha de constitución | | día | mes | año | Inicio de actividades | | día mes año |
| Domicilio: | | País | | | Provincia: | | |
| Cantón: | | | | Distrito: | | | |
| Dirección exacta: | | | | | | | |
| Apartado Postal | | | | | Teléfono | | |
| Fax | | | | | Pagina web | | |
| Email | | | | | | | |
| Descripción y características de la actividad incluyendo los productos o servicios brindados: | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Datos del Seguro de Protección Créditicia <u>(Seguro de Vida Colectiva)</u> | | | | | | | |
|---|--|------------------------|-----|--|--|-----|-----|
| Fecha de vigencia: día | | mes | año | Fecha de vencimiento: día | | mes | año |
| Modalidad | | No-Contributiva | | Contributiva: _____ Porcentaje: _____% | | | |
| Coberturas solicitadas | | Muerte | | Incapacidad Total y Permanente | | | |

| Datos Generales del Grupo a Asegurar | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Número esperado de asegurados individuales: | | Monto asegurado esperado: | |
| Monto máximo individual esperado: | | Edad promedio esperada: | |

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.

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 P14-26-A12-442 de fecha 05 de Junio del 2013.

 NOMBRE REPRESENTATE LEGAL
 REPRESENTANTE LEGAL
 NOMBRE ENTIDAD CONTRATANTE