

SOLICITUD DE SEGURO

SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN CONTRA DESEMPLEO 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
Domicilio:		País	
Cantón:		Provincia:	
Dirección exacta:		Distrito:	
Apartado Postal		Teléfono	
Fax		Pagina web	
Email			
Descripción y características de la actividad incluyendo los productos o servicios brindados:			

Datos del Seguro Colectivo de Desempleo	
Fecha de vigencia: día	mes
Fecha de vencimiento: día	mes
Modalidad	No-Contributiva
	Contributiva: _____ Porcentaje: _____%
Cobertura de Desempleo	Cobertura única
	Número de Cuotas a Asegurar: _____ (Máx 11)

Datos Generales del Grupo a Asegurar	
Número esperado de asegurados individuales: _____	Monto asegurado esperado: _____
Límite máximo individual: _____	

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 G11-15-A12-497 de fecha 19 de Diciembre de 2013.

 NOMBRE
 REPRESENTANTE LEGAL
 NOMBRE ENTIDAD CONTRATANTE

San José, Escazú. 102 Avenida Escazú, torre 2, suite 405
 Tel. +506 4000-3270 Fax. +506 2208-8817 www.sagicor.cr

