

# SOLICITUD DE SEGURO

## SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES

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

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 P20-62-A12-491 de fecha 17 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

