

SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO (VIAJES IN)

SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO (VIAJES IN)

SOLICITUD DE SEGURO

I.-DATOS DEL SOLICITANTE

1.- Nombre de la entidad: _____

2.- Actividad que realiza: _____

3.- Dirección:

Calle _____ No. _____ Apto: _____

entre _____ y _____

Reparto: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono _____ Fax: _____ e-mail: _____ Código Postal: _____

II.-CUESTIONES RELATIVAS AL SEGURO

4.- Moneda de la póliza: CUC (El pago de la prima y las indemnizaciones están basadas en esta moneda)

5.- Vigencia del seguro solicitada: Desde las 24:00 horas del: ___/___/___ Hasta las 24:00 horas del: ___/___/___

(La vigencia de la póliza de seguro será por un período de 1 año natural o un período menor solicitado, contado a partir de las 24:00 horas de la fecha de aceptación de las condiciones de la Cotización.)

6.- Cantidad estimada de Asegurados/Pax que comprarán el seguro: _____

7.- Nacionalidad de los Asegurados/Pax que comprarán el seguro: _____

8.- Estimado de prima por la comercialización de este seguro: _____

9.- Coberturas que pretende comercializar según Anexo I a esta solicitud: _____

10.- Aporte cualquier otro dato que considere de interés con respecto a su negocio y este seguro: _____

III.-DECLARACION

Por medio de la presente certifico que los datos declarados en esta Solicitud corresponden a la verdad, según mi leal saber y entender, y estoy conforme con que la misma constituya la base para la valoración del riesgo por parte del Asegurador y forme parte integrante de la póliza.

Entiendo además, que la no exposición o desinformación acerca de algún aspecto, que pueda influir en la valoración y aceptación de esta Solicitud, le otorga el derecho al Asegurador para anular la póliza.

Declaro también que conozco las Condiciones Generales y las Coberturas que aplican a este tipo de seguro.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La firma de esta Solicitud no obliga al Asegurador a concluir el contrato de seguro.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR DE SEGURO

PRODUCTOR DE SEGURO: _____
(Indique el Nombre de la Agencia y el Nombre del Agente o Productor)

FECHA: _____
(Fecha de recibido)