

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES-MODALIDAD INDIVIDUAL

GRUPO



Nombre del Estudiante: Fecha de nacimiento: Cédula:

Teléfono: Género: F M Centro Educativo:

Padre o Encargado: Cédula: Correo electrónico:

Firma:



Opción a contratar

	<input type="radio"/> PLAN 5	<input type="radio"/> PLAN 4	<input type="radio"/> PLAN 3	<input type="radio"/> PLAN 2	<input type="radio"/> PLAN 1
Muerte accidental	¢2.500.000	¢2.000.000	¢1.000.000	¢500.000	¢500.000
Incapacidad total y/o parcial permanente por accidente	¢2.500.000	¢2.000.000	¢1.000.000	¢500.000	¢500.000
Gastos médicos por accidente	¢2.500.000	¢2.000.000	¢1.000.000	¢500.000	¢500.000
Asistencias	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	No Incluida
Prima anual	¢20.075	¢15.950	¢10.175	¢7.150	¢6.600

Primas Anuales incluyen impuesto al valor agregado según Ley 9635

Beneficiario:

	Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Porcentaje:
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma Intermediario: Código: Fecha:

Las condiciones generales y particulares serán remitidas al correo electrónico indicado en este documento.