

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
SOLICITUD DE SEGURO**

Lugar y Fecha: _____

Por medio del presente documento solicito contratar el Seguro de Renta Diaria por Hospitalización Bancocci Asistencias, para tal efecto proporciono la información que a continuación se detalla:

1. Asegurado Titular	
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	D.N.I:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Ocupación:	Género: ☐ M ☐ F
Domicilio	

2. Familiares Asegurados	
2.1. Cónyuge	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I:
Domicilio:	
2.2. Primer Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I:
2.3. Segundo Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I:
2.4. Tercer Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I:

3. Plan Contratado	
Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura Básica de Renta Diaria por Hospitalización	Incluida
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de un Accidente	UM
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de una Enfermedad	UM
Período de Carencia	
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Servicio de Asistencia Bancocci	
Cobertura Adicional de Inclusión del Cónyuge e Hijos	Incluida / No Incluida
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de un Accidente	UM
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de una Enfermedad	UM
Período de Carencia	
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Prima Mensual	UM

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
SOLICITUD DE SEGURO**

4. Designación de Beneficiarios

No.	Nombre Completo	D.N.I.	Parentesco	Porcentaje
1				
2				
3				
4				
5				

5. Datos de Pago

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Tarjeta de Débito

Autorizo a cobrar la prima mensual al medio de pago indicado.

En caso de algún problema con el cobro, reconozco estar enterado de que con el fin de no afectar mi cobertura y realizar el cargo correspondiente, la Compañía procederá a verificar mi tarjeta activa con Banco de Occidente.

Reconozco estar enterado que la fecha de vencimiento del pago de la prima es cada mes, el mismo día que inicia la vigencia de este seguro.

Esta solicitud es válida si está registrada en Seguros Crefisa S.A. El proponente ha tomado conocimiento de su derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección de la Compañía.



Firma del Asegurado Titular



Firma Autorizada

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
SOLICITUD DE SEGURO**



SEGUROS
CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!