Solicitud de cotización de Seguro de Accidentes Personales

# **Datos del Asegurado**

* + CUIT:
  + Persona de contacto:
  + Celular:
  + Teléfono fijo:
  + Correo electrónico:
  + Fecha de solicitud:
  + Actividad desarrollada:
  + Información adicional:

# **Ámbito de cobertura (marcar la opción elegida)**

* + Jornada Laboral e In-itinere, República Argentina.
  + 24 horas. República Argentina
  + 24 horas. Mundial.

# **Vigencia**

* + Desde:
  + Hasta:

# **Coberturas solicitadas:**

* + Opción A
    - Muerte e incapacidad:
    - Asistencia médico farmacéutica:
    - Cantidad de personas:
  + Opción B
    - Muerte e incapacidad:
    - Asistencia médico farmacéutica:
    - Cantidad de personas: