

SOLICITUD DE ADHESIÓN AMAGUA CONTIGO

Yo, _____ con cédula o pasaporte número _____ acepto de forma expresa, libre y voluntariamente adherirme al Producto **AMAGUA CONTIGO**, contratado por AGUAS DE SAMBORONDÓN AMAGUA C.E.M., y bajo las siguientes condiciones:

NO. CONTRATO:		PROVEEDOR:	AGUAS DE SAMBORONDÓN AMAGUA C.E.M.
FECHA DE NACIMIENTO:		CORREO ELECTRONICO:	
TELEFONOS:		FECHA SOLICITUD MEDIDOR:	
FECHA INICIO VIGENCIA:		FECHA FIN VIGENCIA:	MIENTRAS SE MANTENGA EL CONTRATO VIGENTE

DETALLE DE COBERTURAS Y BENEFICIOS		
COBERTURAS	LÍMITE POR EVENTO	VALOR
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	MAX 45 DÍAS / 1 DÍA DEDUCIBLE	\$30.00 POR DÍA
ASISTENCIA HOGAR – PLOMERIA	2 EVENTOS POR AÑO	HASTA \$70.00 POR EVENTO
COORDINACION A COSTO PREFERENCIAL DEL SERVICIO DE CONEXIÓN CON PROFESIONALES	SIN LÍMITE	COORDINACIÓN

BENEFICIOS ADICIONALES:	
SERVICIO DE CERRAJERÍA (Valor asume el Cliente)	COORDINACIÓN
SERVICIO VIDRIERÍA (Valor asume el Cliente)	COORDINACIÓN
SERVICIO ELECTRICISTA (Valor asume el Cliente)	COORDINACIÓN

VALOR DEL SEGURO: COSTO MENSUAL POR PERSONA USD \$1,78 + IMPUESTOS AL MES

**Una vez contratado Amagua Contigo, el beneficiario podrá hacer uso de sus asistencias y coberturas en 15 días.*

En caso de solicitar Asistencia Hogar, **debe comunicarse al número: 102 Opc. 6**

En caso de necesitar información sobre la Renta Diaria por Hospitalización por Cualquier Causa y la cobertura por Muerte por Cualquier Causa por favor comunicarse al correo electrónico de Ecuaprimas: amaguacontigo@ecuaprimas.com

Este resumen de beneficios representa un resumen de coberturas y condiciones del producto Amagua Contigo. Todos los términos y condiciones los podrá revisar en el contrato y póliza de Seguros, o en www.amagua.com

Lugar y fecha de emisión: _____

FIRMA AUTORIZADA
AGUAS DE SAMBORONDÓN AMAGUA C.E.M.

FIRMA CLIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS:
C.C.....