



ACE Insurance Company
 Doral Bank Center
 1445 FD Roosevelt Avenue
 33 Resolución Street 5th Floor
 San Juan, PR 00920-2717

(787) 274-4700 tel
 (787) 754-6613 fax
 www.acegroup.com/pr

Departamento de Accidente y Salud

Solicitud de Seguro de Accidente para Campamentos

- Fecha solicitud
 Mes Día Año
- Nombre del Campamento _____
- Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____
- Nombre responsable del Campamento _____
- Dirección postal _____
- Teléfono _____ Fax _____ E-Mail _____
- Cantidad de Participantes _____

Coberturas	Opción 1	Opción 2
Muerte Accidental	\$ 10,000.00	\$ 5,000.00
Desmembramiento Accidental	\$ 10,000.00	\$ 5,000.00
Reembolso Gastos Médicos por Accidentes	\$ 3,000.00	\$ 1,500.00
Beneficio Diario por Hospitalización por Accidentes (hasta 30 días)	\$ 50.00	\$ 25.00
Límite Agregado	\$ 100,000.00	\$ 50,000.00
Prima por Participante		
Un mes	\$ 3.00	\$ 1.50
Dos meses	\$ 5.00	\$ 2.50
Prima Mínima	\$ 200.00	\$ 200.00

Opción Seleccionada Duración del Campamento 1 mes 2 Meses

Total de Participantes _____ Total Prima: \$ _____

Nota Importante:
Para emitir la póliza es requerido el pago correspondiente con esta solicitud.



ACE Insurance Company
 Doral Bank Center
 1445 FD Roosevelt Avenue
 33 Resolución Street 5th Floor
 San Juan, PR 00920-2717

(787) 274-4700 tel
 (787) 754-6613 fax
 www.acegroup.com/pr

Departamento de Accidente y Salud

Solicitud de Seguro Escolar

1. Fecha solicitud _____
 Mes Día Año
2. Nombre del Colegio/Escuela _____
3. Fecha de Efectividad _____ Fecha de Expiración _____
4. Nombre de Persona Encargada _____
5. Dirección postal _____
6. Teléfono _____ Fax _____ E-Mail _____
7. Cantidad de Participantes _____

Tipo de cubierta:

Accidentes personales durante el horario escolar y la transportación dos horas antes y dos horas después. Cubre las actividades supervisadas y autorizadas por el tenedor de la póliza. Cobertura fuera de Puerto Rico incluida.

Coberturas	Límites
Muerte Accidental	\$ 5,000.00
Desmembramiento Accidental	\$ 10,000.00
Beneficio Cinturón de Seguridad	\$ 5,000.00
Reembolso Gastos Médicos por Accidentes	\$ 6,000.00
Límite Agregado	\$ 100,000.00
Prima por Participante	\$ 5.50
Prima Mínima	\$ 200.00

*Los gastos médicos serán reembolsados en un 100% hasta \$4,000. Los gastos médicos en exceso a \$4,000 serán reembolsados en un 80%. Deducible de \$100.00 dólares a participantes sin plan médico primario.

Total de Participantes _____ Prima: _____