

Solicitud de Seguro de Viaje

I – SEGUROS DE VIAJE

Tipo de Producto:	<input type="checkbox"/> Premier	<input type="checkbox"/> Diamond	<input type="checkbox"/> Platinum	<input type="checkbox"/> Titanium	<input type="checkbox"/> Prime	<input type="checkbox"/> Privé
Tipo de Cubierta:	<input type="checkbox"/> Viaje Único <input type="checkbox"/> Anual Multiviaje					
Beneficios adicionales que puede añadir a su producto de viaje:						
Marque las Opciones Deseadas	Nombre de Endosos Opcionales					
<input type="checkbox"/>	Beneficio para Enfermedades Preexistentes					
<input type="checkbox"/>	Práctica de Deportes Amateur, Profesional o Peligrosos					
<input type="checkbox"/>	Beneficio para Futura Mamá (*)					
<input type="checkbox"/>	Asistencia para Mascotas (*)					
Prima Total a Pagar:	\$					

(*) Endosos no disponibles para la Cubierta Anual Mutiviaje

II - INFORMACIÓN DEL VIAJE

Fecha de Inicio (mm/dd/aaaa):	Fecha de Terminación (mm/dd/aaaa):
Destino(s):	

III - INFORMACIÓN PERSONAL - ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre del Asegurado Principal:			Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Sexo al Nacer:
Nombres (s)		1er Apellido	2do Apellido	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Pasaporte / # Identificación:		
Correo Electrónico:		Número de Teléfono:		
Dirección Residencial:				
Calle y Número		Ciudad	Estado	País Código Postal
¿El solicitante es mayor de 18 años? <input type="checkbox"/> SI (*) <input type="checkbox"/> NO				
(*) Por razones de seguridad y cumplimiento de normativas legales, todos los viajeros menores de 18 años deberán llenar la siguiente sección.				
Tutor Legal:				
Nombres (s)		1er Apellido	2do Apellido	Número de Teléfono: Correo Electrónico:
Contacto de Emergencia:				
Nombre completo:		Relación:	Número de Teléfono:	

IV - INFORMACIÓN PERSONAL – ASEGURADOS ADICIONALES

Nombre(s)	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo al Nacer	Relación	Número de Identificación <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Pasaporte	Prima Total
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

V – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

Nombre del Asegurado	Nombre del Beneficiario	Relación	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Porcentaje Designado

La ASEGURADORA pagará la Suma Asegurada contratada en caso de Muerte Accidental del Asegurado, a los beneficiarios designados al momento de la contratación del seguro. En caso de no existir una designación de beneficiarios la suma asegurada se pagará a los beneficiarios legales. En caso de que requiera hacer cambios de beneficiario o la incorporación de beneficiarios adicionales a los detallados en este documento, se debe contactar con la Compañía y realizar la solicitud formal a través del Formulario de Designación de Beneficiarios.

Nombre del Representante Autorizado: _____

Código: _____

VI - INFORMACIÓN DE PAGO

CANTIDAD A PAGAR: \$	MÉTODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/> Giro Postal
----------------------	---

☐ Yo, como Pagador y titular de la tarjeta de crédito o tarjeta de débito aquí proporcionada, **AUTORIZO** y **ACEPTO** que Redbridge Insurance Company cobre la prima del seguro, en conexión con la póliza solicitada por esta Declaración de seguro en línea, sujeto a cambio debido a recargo, limitación y/o exclusión. Entiendo que, de haber algún cambio, la Compañía me comunicará la cantidad exacta a pagar, y en caso de que la transacción sea rechazada, es mi responsabilidad presentar una alternativa de pago para activar la póliza.

TARJETA DE CRÉDITO o TARJETA DE DÉBITO	
Nombre del Titular (según aparece en la tarjeta)	Fecha de Expiración (MM/AAAA)
Número de la Tarjeta	Código de Verificación (CVV)
Dirección de Facturación (incluir ciudad y código postal)	Teléfono Diurno

VII – CONVENIO Y AVISO

CONVENIO: Esta solicitud se registrará por los términos y condiciones de la póliza y por los términos de aquellos endosos que usted hubiese solicitado y que la compañía hubiese emitido. Una póliza emitida como resultado de esta solicitud constituirá un contrato completo de seguro. Únicamente el presidente, un vicepresidente, secretario o secretario auxiliar podrá refrendar un contrato de seguro a su favor. Ningún otro funcionario, agente, corredor o medico examinador tiene autoridad para relevar o modificar las disposiciones de esta solicitud ni los términos de la póliza que le ha sido ofrecida mediante esta solicitud, ni para aceptar o rechazar un riesgo. La póliza por emitir será a base del entendimiento y creencia por parte de la compañía de que todas las declaraciones y contestaciones ofrecidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas. Usted debe verificar que el agente haya incluido todas sus respuestas en la solicitud y que las mismas son ciertas y correctas. La aceptación por usted de la póliza emitida a base de lo establecido en la solicitud será considerada como una aceptación de sus términos y condiciones y una aceptación de cualquier cambio hecho y especificado por la compañía mediante endoso o suplemento. Todo cambio o endoso a su solicitud o a su contrato de seguro deberá figurar por escrito en la póliza. Notificación a, o conocimiento imputado a cualquier agente, corredor o medico examinador no se entenderá como conocimiento de la compañía, a menos que conste por escrito y haya sido informado por usted a la compañía en su Oficina Principal. La fecha de vigencia de su póliza será la fecha indicada en el cuadro de seguro de su contrato o la fecha en que se reciba la primera prima, lo que ocurra primero.

AUTORIZO a que Redbridge Insurance Company entregue por medio de transmisión electrónica a mi última dirección de correo electrónico, todo documento que por disposición de Ley se requiera entregar, notificar, dar aviso o términos equivalentes. **RECONOZCO** que la entrega electrónica de documentos es estrictamente voluntaria y que la efectividad o validez de la cobertura no dependerá de mi consentimiento para la entrega electrónica de documentos. **ENTIENDO** que debo solicitar por escrito a la Oficina Principal de Redbridge Insurance Company para revocar este consentimiento y solicitar que entreguen la póliza o cualquier otro documento impreso en papel, aun luego de haber recibido los mismos electrónicamente, sin costo adicional. **CONFIRMO** que tengo acceso a una computadora con servicio de Internet; cuenta de correo electrónico activa para recibir información electrónica en la cual puedo leer, retener y almacenar documentos en formato PDF Adobe Acrobat. Entiendo que debo notificar a Redbridge Insurance Company: a) cualquier cambio de dirección de correo electrónico; b) que debo actualizar los filtros de mi cuenta que pudieran evitar que reciba notificaciones electrónicas de Redbridge Insurance Company. **ACEPTO** que el cambio en la manera de la entrega o notificación de documentos no tendrá efecto hasta que se registre en la Oficina Principal de Redbridge Insurance Company. Se acuerda y se entiende que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que Redbridge Insurance Company hayan tomado valiéndose de esta autorización antes de recibirse la revocación. Estoy consciente que la compañía se reserva el derecho de cancelar la entrega de la póliza o la notificación de documentos si los correos electrónicos son devueltos al servidor de Redbridge Insurance Company. En tal caso procederán con la entrega o notificación en papel. Redbridge Insurance Company. no está obligada por ley a entregar o notificar documentos electrónicamente y puede descontinuar la entrega o notificación electrónica, parcial o completamente, en cualquier momento.

Firma del Propuesto Asegurado Principal

AVISO: Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.” Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.

Firma del Propuesto Asegurado Principal

Firma del Representante Autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)