

FORMULARIO DE SOLICITUD A



(POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA)

PARA USO ADMINISTRATIVO

Ref. _____	Número de póliza	# _____
Fecha _____	_____	

TITULAR DEL SEGURO

Nombre(s) _____			
Apellido(s) _____			
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Elección de deducible USD _____	
ELECCIÓN DE PLAN: <input type="radio"/> Diamond <input type="radio"/> Gold		Prima USD _____	
SUPL. DE AMBULANCIA AÉREA: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		Prima USD _____	

DEPENDIENTE 1

Nombre(s) _____			
Apellido(s) _____			
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Elección de deducible USD _____	
ELECCIÓN DE PLAN: <input type="radio"/> Diamond <input type="radio"/> Gold		Prima USD _____	
SUPL. DE AMBULANCIA AÉREA: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		Prima USD _____	

DEPENDIENTE 2

Nombre(s) _____			
Apellido(s) _____			
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Elección de deducible USD _____	
ELECCIÓN DE PLAN: <input type="radio"/> Diamond <input type="radio"/> Gold		Prima USD _____	
SUPL. DE AMBULANCIA AÉREA: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		Prima USD _____	

DEPENDIENTE 3

Nombre(s) _____			
Apellido(s) _____			
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Elección de deducible USD _____	
ELECCIÓN DE PLAN: <input type="radio"/> Diamond <input type="radio"/> Gold		Prima USD _____	
SUPL. DE AMBULANCIA AÉREA: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		Prima USD _____	

DEPENDIENTE 4

Nombre(s) _____			
Apellido(s) _____			
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Elección de deducible USD _____	
ELECCIÓN DE PLAN: <input type="radio"/> Diamond <input type="radio"/> Gold		Prima USD _____	
SUPL. DE AMBULANCIA AÉREA: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		Prima USD _____	

Prima total para todos los solicitantes previamente mencionados	USD _____
---	-----------

Por favor, continúe en la página 2

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TODOS LOS SOLICITANTES

INICIO DE LA PÓLIZA

Solicitante(Solicitamos) admisión desde el 01 día _____ mes _____ año _____

FORMA DE PAGO

Anual Semestral

DIRECCIÓN RESIDENCIAL (SÓLO RESIDENTES FUERA DE LOS EE.UU. PUEDEN SOLICITAR)

Dirección _____
 Dirección _____ Código postal _____
 Ciudad _____ País _____
 Estado o provincia _____ Teléfono _____
 E-mail _____ Fax _____

Atención: Si la dirección de cualquiera de los solicitantes cambiase después de firmada la solicitud, pero antes de que la Compañía la aceptase, la Compañía deberá ser inmediatamente notificada al respecto.

DIRECCIÓN POSTAL SÓLO PARA FINES DE CORREO (P. O. BOX O C/O)

Nombre completo registrado en esta dirección postal
 Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Código postal _____
 Estado o provincia _____ País _____

NOMBRE DEL ASESOR DE SEGUROS

De ser asistido por un asesor de seguros, por favor escriba el nombre completo del mismo.
 Nombre _____

FIRMA DEL TITULAR DEL SEGURO

Declaro que yo(y todos los solicitantes) he(hemos) recibido y leído las Condiciones de la Póliza, y que yo(nosotros) soy(somos) consciente(s) de que las Condiciones de la Póliza, junto con las Condiciones Especiales y la Solicitud (Formulario de Solicitud A y Declaración de Salud B), representan el contrato de seguro con la Compañía, en caso de ser aceptada mi(nuestra) solicitud.

 Cédula o número de pasaporte Fecha (día/mes/año)

 Nombre en letra de imprenta Firma