

**SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA DE GASTOS FINALES**

Empleador Grupo # \_\_\_\_\_ Número de Póliza # \_\_\_\_\_

**PROPUESTO ASEGURADO**

1. APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

a. SEXO  MASCULINO  FEMENINO  
 b. FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 c. ESTADO CIVIL  CASADO  UNION LIBRE  DIVORCIADO  
 SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  
 d. N° DE IDENTIFICACION OFICIAL O PASAPORTE \_\_\_\_\_

e. LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ f. ESTATURA PIES \_\_\_\_\_ PLGS \_\_\_\_\_ / MTS \_\_\_\_\_ CMS \_\_\_\_\_  
 g. PESO LBS \_\_\_\_\_ / KGS \_\_\_\_\_

2. DIRECCION RESIDENCIAL ACTUAL  
 CALLE Y NUMERO \_\_\_\_\_ CIUDAD / CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

a. DIRECCION ELECTRONICA (INDICAR SI TIENE MAS DE UN CORREO ELECTRONICO, O PORTAL CIBERNETICO)  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ OTRO CORREO ELECTRONICO O PORTAL \_\_\_\_\_

b. NUMERO(S) DE TELEFONO (SI NO TIENE TELEFONO RESIDENCIAL, DEBE OFRECER EL NUMERO TELEFONICO DE SU FAMILIAR MAS CERCANO DONDE PODAMOS LOCALIZARLO)  
 RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ MOVIL \_\_\_\_\_ FAMILIAR \_\_\_\_\_

c. DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIAL) \_\_\_\_\_

3. NOMBRE DEL EMPLEADOR (PATRONO) \_\_\_\_\_ a. DIRECCION FISICA DEL EMPLEADOR (PATRONO) \_\_\_\_\_

b. OCUPACION (INCLUYA DEBERES) \_\_\_\_\_ c. TIEMPO EN EL EMPLEO \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses  
 d. INGRESO ANUAL (SALARIO) USD \$ \_\_\_\_\_

4. a. MODO DE PAGO  ANUAL  SEMIANUAL  TRIMESTRAL  MENSUAL b. PAGO CON LA SOLICITUD USD \$ \_\_\_\_\_ c. PERIODO DE PAGO: POR VIDA

5. a. CANTIDAD DE SEGURO  \$5,000  \$10,000  \$15,000  \$20,000  \$25,000 b. SUPLEMENTOS  ASISTENCIA AL VIAJERO - USD \$24. Anual  
 ASISTENCIA FUNERAL & REPATRIACION - USD \$72. Anual

6. DUEÑO DE LA POLIZA (SI ES DIFERENTE DEL PROPUESTO ASEGURADO)  
 a. NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ b. RELACION \_\_\_\_\_

c. DIRECCION \_\_\_\_\_ d. IDENTIFICACION OFICIAL O PASAPORTE # \_\_\_\_\_

e. CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ f. TELEFONO \_\_\_\_\_

7. a. BENEFICIARIOS PRIMARIOS (INDIQUE NOMBRE COMPLETO DE CADA BENEFICIARIO / PARENTESCO / FECHA DE NACIMIENTO / PORCENTAJE OTORGADO)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. CONTINGENTE(S) (INDIQUE NOMBRE COMPLETO DE CADA BENEFICIARIO CONTINGENTE / PARENTESCO / FECHA DE NACIMIENTO / PORCENTAJE OTORGADO)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8. CESION DE LA POLIZA**

Por la presente, el infrascrito le **CEDE Y TRANSFIERE** a la Funeraria, \_\_\_\_\_ (cesionario), ubicada en \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, la póliza emitida por **Redbridge Insurance Company, Ltd.** en la vida de \_\_\_\_\_ (cedente). Queda expresamente **CONVENIDO** que el cesionario tiene el derecho de cobrarle a la Compañía de Seguros los beneficios netos de la póliza hasta el saldo de los gastos incurridos en los servicios funerarios contratados por el cedente, siempre y cuando dichos servicios se hayan realizado por el cesionario. En la eventualidad de existir algún sobrante o de no haber designado a un cesionario, el monto correspondiente será pagadero al(los) beneficiario(s) designado(s).

<b>9. DECLARACION DE ASEGURABILIDAD</b>	<b>CONTESTAR</b>	
Favor de contestar todas las preguntas. Si la respuesta es <b>afirmativa</b> , favor de circular la enfermedad correspondiente. El solicitante podrá no ser elegible para cobertura bajo este plan.	<b>SI NO</b>	
1. Actualmente, ¿está usted hospitalizado, en un hospicio, confinado a una cama o centro de convalecencia, o está utilizando equipo de oxígeno para ayudarle a respirar, o está usted recibiendo cuidado médico o tratamiento para aliviar la molestia de una enfermedad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. ¿Se le ha realizado a usted, o se le ha recomendado desde el punto de vista médico, realizarse un trasplante de órgano; o se le ha advertido o diagnosticado que su expectativa de vida es de doce (12) meses o menos; que tiene la enfermedad de Alzheimer, demencia, discapacidad mental; se le ha diagnosticado, tratado (incluyendo diálisis) o toma o ha tomado medicamentos para insuficiencia renal; insuficiencia renal; y/o insuficiencia respiratoria?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha sido tratado, advertido o diagnosticado por un médico, por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA, o de algún trastorno o enfermedad oportunista relacionada a la deficiencia inmunológica, o el resultado de la prueba que se le administró para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) resultó positivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. En los últimos veinte y cuatro (24) meses), ¿se le ha advertido, diagnosticado, o tratado médicamente, o ha tomado medicamentos para:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
a. Apoplejía, angina, diabetes, infarto cardiaco, aneurisma, arritmias, cirugía cardíaca o circulatoria, o alguna otra condición, padecimiento o enfermedad aquí no especificada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Hipertensión arterial?, y de ser afirmativo, ¿está ahora su presión arterial dentro de los límites normales, pudiendo ser verificado por un especialista de la salud?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Cáncer interno, leucemia, melanoma, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), colitis ulcerosa, cirrosis, enfermedad del hígado o páncreas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d. Parálisis de dos (2+) o más extremidades o cualquier enfermedad neuromuscular (incluyendo parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia mayor, o enfermedad de Parkinson)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p><b>CERTIFICO que veinticuatro (24) meses antes de la fecha de esta solicitud, a mí no me han negado una póliza de seguro ya sea de vida o de salud por condiciones de salud y/o razones ocupacionales, ni estoy en conocimiento, ni me han diagnosticado una enfermedad, desorden o condición Neurológica, Mental, Cardiovascular, Genitourinaria, Endocrina, Digestiva, Músculo-Esquelética, Hepática, Respiratoria, o Cáncer. Además CERTIFICO que no hago, ni he hecho uso de sustancias controladas y/ o bebidas alcohólicas, ni soy ni he sido adicto a las mismas. No me han arrestado por tenencia, uso, tráfico, o iniciación de drogas o sustancias controladas prohibidas por la ley, ni tampoco me han declarado culpable de un delito grave. También, CERTIFICO que las respuestas que he dado en esta solicitud de seguro son veraces, completas, y exentas de imposturas y que esta solicitud será la base y formará parte de cualquier póliza emitida, y que la cubierta no entrará en vigencia hasta que éste se haya aprobado, se emita una póliza de seguros y se reciba el pago de la primera prima en la Compañía. Además, CERTIFICO que no ciudadano ni residente de los Estados Unidos de Norte América (EE.UU). Antes de firmar esta solicitud de seguro, <u>verifique</u> todas sus respuestas.</b></p>		
<p>_____</p> <p>Firma del Propuesto Asegurado</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Propuesto Dueño (si es diferente)</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
<p>_____</p> <p>Firma del Representante Autorizado</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Productor (si es diferente)</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
<b>10. CONSENTIMIENTO DE ENVÍO ELECTRONICO DE LOS DOCUMENTOS DE LA POLIZA</b>		
<p>El envío electrónico de documentos ofrece la versión más actualizada de estos, salvaguardando los mismos y teniendo acceso cuando así lo desee.</p> <p><b>DOCUMENTOS DE POLIZA.- ENTIENDO</b> que: (1) los documentos de la póliza se mantendrán en un sitio-web seguro; (2) recibiré un correo electrónico de Redbridge Insurance Company, Ltd. dirigido al correo electrónico designado por mí a continuación; (3) el envío electrónico actuará en lugar de la entrega convencional de la póliza; (4) el envío electrónico es suficiente y cumple con todos los requerimientos establecidos en la póliza; (5) copias impresas de cualquier y cada uno de los documentos de la póliza estarán a mi disposición, siempre y cuando los solicite por escrito; (6) en caso que yo haya firmado un Consentimiento anterior, sólo se mantendrá vigente el último.</p> <p><b>REQUISITOS DE SISTEMA.- ENTIENDO</b> que para recibir los documentos de la póliza por vía electrónica, debo utilizar una dirección de correo electrónico y una conexión de internet válida, al igual que un computador (ordenador) que cumpla con los mínimos requerimientos que se indican a continuación: (1) Adobe Reader 8.0 o una versión posterior (disponible sin costo en: <a href="http://www.adobe.com">www.adobe.com</a>); (2) Internet Explorer 6.0, o una versión posterior, o un navegador de internet equivalente.</p> <p><b>ANULACION DE CONSENTIMIENTO.- ENTIENDO</b> que cualquiera de las partes puede anular este Consentimiento de forma unilateral en cualquier momento, dentro de un plazo de diez (10) días de habersele dado la notificación previa a la otra parte. El dueño de la póliza puede revocar este Consentimiento con tan sólo escribir a Redbridge Insurance Company, Ltd. Al anular de este Consentimiento, la Compañía enviará todo documento futuro por correo regular, a la última dirección del dueño que aparece en el registro de su póliza.</p> <p><b>TRANSMISION.- ENTIENDO</b> que como dueño de la póliza, soy responsable de notificar por escrito a Redbridge Insurance Company, Ltd. de cualquier error de entrega detectado durante la transmisión de los documentos de la póliza, por yo no haber dado la información actualizada.</p> <p><b>CONSENTIMIENTO.</b> Tal como evidencia las iniciales de mi firma y fecha a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>SI, ACEPTO</b> la entrega electrónica de documentos. Iniciales _____ Fecha _____ Póliza # _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NO ACEPTO</b> la entrega electrónica de documentos. Iniciales _____ Fecha _____</p> <p><b>NOMBRE COMPLETO DEL PROPUESTO DUEÑO</b> (LETRA DE MOLDE) _____</p> <p><b>DIRECCION ELECTRONICA DEL PROPUESTO DUEÑO</b> _____</p>		

**11. AUTORIZACION PARA TRANSACCIONES PRE-AUTORIZADAS**

**TERMINOS Y CONDICIONES.** Las transacciones pre-autorizadas sólo serán utilizadas para realizar el pago de primas. El pago no se considerará como tal, hasta que **Redbridge Insurance Company, Ltd.** (de aquí en adelante "RICL") reciba el pago por cheque, giro monetario, transferencia electrónica de fondos y disponga de los fondos en su cuenta bancaria. **RICL** podrá terminar este plan mediante notificación por escrito, si cualquier cheque, giro monetario o transferencia electrónica no se haya pagado al ser presentado, ya sea por **RICL** o por el titular de la póliza, después de que hayan transcurrido treinta (30) días. Esta opción no alterará, ni modificara las demás disposiciones y condiciones de la póliza.

Solicito además que la institución bancaria aquí identificada, honrar cheques, giros monetarios, y transferencias electrónicas de fondos que **RICL** haya presentado en mi cuenta bancaria, siempre y cuando haya fondos disponibles. Reconozco que los derechos que tienen sobre cada cheque, giro monetario o transferencia electrónica, serán los mismos que tendrían si el cheque o giro monetario hubiera sido emitido a favor de ellos, y firmado por mí. Esta autorización continuará en vigor hasta que yo la revoque por escrito y la institución bancaria reciba notificación por escrito con este fin. Reconozco que la entidad bancaria siendo utilizada estará completamente protegida al pagar cualquier cheque, giro monetario, o transferencia electrónica, tal como se describe a continuación. También reconozco que en caso de que no se pague algún cheque, giro monetario o transferencia electrónica, ya sea con o sin motivo, mi banco no tendrá responsabilidad alguna, aun cuando dicha acción resulte en la cancelación o terminación del seguro.

Tal como evidencia mi firma, solicito hacer uso de la opción para pagar las primas, ya sean regulares u opcionales, a **REDBRIDGE INSURANCE COMPANY, LTD. (RICL)**, de acuerdo con el plan pre autorizado de transacciones de **RICL**. Entiendo que **RICL** comenzará a transferir fondos de mi cuenta electrónicamente, ya sea por medio de cheque o cheque bancario, para el pago de las primas regulares y/ u opcionales, dependiendo de las condiciones estipuladas a continuación. Autorizo a **RICL** a variar el monto de la transferencia sin notificación alguna, hasta un máximo de \$60.00, con el fin de mantener esta póliza en vigor, en conformidad con estos términos. También autorizo a **RICL** a aumentar el monto programado de la transferencia si es más de \$60.00, cuando se me sea solicitado por escrito, en conformidad con los términos y condiciones de esta póliza.

**SELECCIONE METODO DE PAGO**

**DESCUENTO POR NOMIMA** (PARA ESTE METODO DE PAGO, COMPLETAR LA FORMA DE AUTORIZACIÓN REQUERIDA, INCLUIDA EN LA ULTIMA PAGINA DE ESTA SOLICITUD).

**DEBITO BANCARIO** (CHEQUE ANULADO o EVIDENCIA DE CUENTA DE AHORRO REQUERIDO) **RUTA #**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TIPO DE CUENTA**     CHEQUE     AHORRO

**CUENTA #**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FRECUENCIA DE PAGO**     MENSUAL     TRIMESTRAL     SEMIANUAL     ANUAL

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TITULAR (SI ES DIFERENTE AL PROPUESTO ASEGURADO) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA \_\_\_\_\_

SUCURSAL \_\_\_\_\_

DIRECCION/CIUDAD DE LA INSTITUCION \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**TARJETA DE CREDITO** (SE REQUIERE COPIA DE LA TARJETA DE CREDITO CON LA SOLICITUD).

**SELECCIONAR FRECUENCIA DEL PAGO**

**CUENTA**

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

MENSUAL     TRIMESTRAL     SEMI-ANUAL     ANUAL

**TARJETA DE CREDITO**     AMEX     DINERS     VISA     MASTERCARD

**FECHA DE EXPIRACION** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES    AÑO

**CODIGO SEGURIDAD #** \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **CANTIDAD USD \$** \_\_\_\_\_ + **CARGOS %** \_\_\_\_\_ = **TOTAL USD \$** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA SEGUN APARECE EN LA MISMA** \_\_\_\_\_

**FRIMA DEL TITULAR DE LA TARJETA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

### ARBITRAJE COMERCIAL INTERNACIONAL

Esta cláusula (también incluida en la póliza), notifica al solicitante (propuesto asegurado) de seguro, el dueño de la póliza (si es diferente), beneficiarios, herederos y cualquier otra persona o entidad interesada o afectada acuerdan que el arbitraje será el foro único para la resolución de cualquier disputa o reclamo que tenga que ver directa o indirectamente, o que surjan con esta solicitud. Cualquier arbitraje tendrá lugar en el país convenido por ambas partes, utilizando las reglas para arbitraje internacional del "Centro Internacional de Resolución de Disputas" (ICDR) de la "Asociación Americana de Arbitraje" (AAA).

El panel de arbitraje deberá consistir de un (1) árbitro escogido por el CIRD. El árbitro deberá contar al menos con cinco (5) años de experiencia en materia de seguros de vida y salud internacional y ser fluente en el idioma español. El arbitraje será dirigido en el idioma Español, y deberá estar sujeto a la Convención sobre el Reconocimiento y la Ejecución de Sentencias Arbitrales Extranjeras y no la Convención Interamericana en Arbitraje Comercial Internacional.

A parte de los reclamos radicados, por beneficiario(s), cesionario(s), y/o miembro(s) familiar(es) y/o cualquier otra persona o entidad interesada o afectada, no habrá acumulación o consolidación de procesos de arbitraje. Esta cláusula requiere una escritura amplia y fácil de comprender, que cubra cualquier tipo de causas de acción, incluyendo causas de acción basadas en la constitución, leyes, reglamentos y pruebas. La vigencia de esta cláusula deberá ser indefinida y deberá sobrevivir la terminación de cualquier relación jurídica entre las partes.

**12. PARTE V. ACUERDO Y AUTORIZACION.** CERTIFICO que según mi leal saber y entender, todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctamente declaradas y serán la base de cualquier póliza emitida por esta solicitud. Cualquier omisión, declaración incorrecta o incompleta puede resultar en que se niegue un reclamo, se modifique la póliza, o se rescinda la cobertura de seguro, de acuerdo a los términos y condiciones de la misma. La solicitud incluye: 1) Parte I: solicitud de seguro; 2) Parte II: examen médico (si aplica). En adición certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo que:

- 1) Cualquier póliza emitida como resultado de esta solicitud constituye un contrato único de seguro, entre las partes. El contrato está constituido por la póliza, la solicitud de seguro y los endosos o anexos incluidos en el mismo. Únicamente los oficiales autorizados por Redbridge Insurance Company, Ltd. (**RICL o la Compañía**), puede emitir una póliza. Ninguna modificación, ni exoneración a una provisión de la póliza, o a los derechos u obligaciones de la Compañía, comprometerá a **RICL** en forma alguna, si no está establecido por escrito y cuenta con la firma de alguno de sus oficiales. Ningún representante, agente, productor, corredor de seguros, médico examinador u otra persona o entidad, está autorizado para aceptar riesgos, decidir asegurabilidad, emitir o modificar pólizas y/o exonerar los derechos o requerimientos de la Compañía.
- 2) Ninguna información será considerada suministrada a **RICL**, a menos que esté incluida por escrito en la solicitud. La información declarada a un representante, agente, productor, corredor de seguros, médico examinador u otra persona o entidad no será considerada del conocimiento de la Compañía, a no ser que este específicamente escrito en la solicitud.
- 3) La Compañía no incurrirá en ninguna responsabilidad hasta que: I) la póliza solicitada haya sido entregada y aceptada por el dueño de la póliza (si es diferente al propuesto asegurado); y II) el pago de la prima inicial haya sido recibido en la Compañía. Cuando se acepte la póliza, el estado de salud y cualquier otro factor que afecte la asegurabilidad, deberá ser el mismo que se ha declarado en la solicitud.
- 4) La aceptación y no devolución de la póliza emitida dentro del periodo de tiempo estipulado en la póliza, significa que acepto los términos y condiciones de la misma, y confirmo cualquier cambio solicitado bajo la sección de "solicitudes especiales" de la solicitud.

Tal como evidencia mi firma, **AUTORIZO** e indemnizo y exonero de toda responsabilidad a cualquiera de las siguientes personas, entidades o agencias a dar cualquier información médica o no médica sobre mi persona, incluyendo mis ocupaciones, pasatiempos, estilo de vida, intereses, abuso de drogas, o alcohol, o cualquier otra información a Redbridge Insurance Company, Ltd. 1) médicos; 2) profesionales de la salud; 3) hospitales; 4) clínicas; 5) otras instituciones médicas; 6) aseguradores y reaseguradores; 7) el Buró de Información Médica (MIB) o una organización similar; 8) agencias de crédito; 9) empleador (pasado o presente); 10) otras organizaciones y/o personas que tengan información sobre mi persona. Esta autorización también aplicara para cualquier miembro de mi familia propuesta para cobertura que se encuentre incluido en esta solicitud.

**ENTIENDO** que esa información: 1) puede estar relacionada al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de alguna condición física o mental; 2) con alguna información no-médica sobre mi persona; y 3) será utilizada por Redbridge Insurance Company, Ltd. para determinar mi elegibilidad para la cobertura de seguro solicitada en esta solicitud.

Además, voluntariamente **AUTORIZO** la realización de cualquier examen médico, laboratorios o cualquier otra prueba requerida (si aplica) y la notificación de sus resultados. **Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.**

Firmado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Ciudad /País

\_\_\_\_\_  
Firma del Dueño (Si es diferente al Propuesto Asegurado)

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado / Código No.

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor (si es diferente)

**INCLUYA HUELLA DIGITAL DEL PROPUESTO ASEGURADO  
(PULGAR DERECHO)**

**13. REPORTE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

En toda respuesta **AFIRMATIVA**, ofrezca detalles.

1. ¿Por cuánto tiempo conoce Ud. al Solicitante(s)? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses. Indique su relación con el Propuesto Asegurado a continuación:

Referido  A través de Negocios  Amigo  Cliente  Familiar/Pariente  Otro \_\_\_\_\_

2. Indique Ingreso Anual USD \$ \_\_\_\_\_ y Patrimonio Personal USD \$ \_\_\_\_\_ (Propuesto Asegurado)

3. ¿Servirá este seguro para reemplazar alguna otra póliza de seguro o anualidad, existente?  Si  No Ofrezca detalles \_\_\_\_\_

4. ¿Es el Propuesto Dueño incluido en esta solicitud, otra persona que no sea un familiar del solicitante?  Si  No Ofrezca detalles \_\_\_\_\_

5. Cuando se solicita cobertura para un MENOR (ES) se deberá completar esta sección.

- a. Cantidad de Hermanos \_\_\_\_\_ Hermanas \_\_\_\_\_
- b. Monto de Seguro por menor (Ofrezca detalles en la pregunta #6)
- c. Cantidad de Cobertura del Padre USD \$ \_\_\_\_\_
- d. Cantidad de Cobertura de la Madre USD \$ \_\_\_\_\_
- e. Estado Civil (padres)  Casado  Unión Libre  Divorciado
- f. Ingreso Anual del Padre USD \$ \_\_\_\_\_
- g. Ingreso Anual de la Madre USD \$ \_\_\_\_\_
- h. Total Patrimonio Personal (ambos padres) USD \$ \_\_\_\_\_

6. Indique el total de pólizas y el total de monto de seguro en vigor en cada solicitante (con ésta o cualquier otra aseguradora):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Algún solicitante(s) incluido(s) en esta solicitud, muestra señales de pobre salud, padecimiento o enfermedad?  Sí  No  
Ofrezca nombre y detalle(s): \_\_\_\_\_

8. ¿Conoce Ud. alguna información sobre el/los solicitante(s) que pueda afectar su asegurabilidad?  Sí  No  
Ofrezca nombre y detalle(s): \_\_\_\_\_

**OFREZCA CUALQUIER OTRA INFORMACION ADICIONAL QUE USTED ENTIENDA NECESARIA EN EL PROCESO DE EVALUACION DE ESTA SOLICITUD.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DECLARO Y CERTIFICO** que todas las preguntas médicas y no médicas de esta solicitud, fueron debidamente formuladas al(los) propuesto(s) asegurado(s), y/o al propuesto dueño (si es diferente) y todas sus respuestas y exactas declaraciones, fueron inscritas por mí, personalmente. Declaro haber entregado todos los "Avisos para el Consumidor" al propuesto asegurado y/o al propuesto dueño (según aplica), nombrado en esta solicitud. A mi lea saber y entender, toda la información declarada en esta solicitud es verdadera, libre de no veracidad y no falta incluir ninguna otra información que pueda afectar la asegurabilidad de el/los solicitantes, incluidos en esta solicitud. Además, CERTIFICO, que el propuesto asegurado y el propuesto dueño (si es diferente) no es ciudadano, ni residente de los Estados Unidos de Norte América (EE.UU).

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Código #

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor (si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTA SOLICITUD NO SERA PROCESADA, SI ESTA SECCION NO HA SIDO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

**AUTORIZACION PARA DEDUCCION DE NOMINA**

**COMPAÑÍA** (Duplicado)

NOMBRE DEL EMPLEADO _____		EMPLEADOR _____	DIVISION _____
NUMERO DE EMPLEADO _____	OCUPACION _____	DIRECCION (SI ES DIFERENTE AL PROPUESTO ASEGURADO) _____	TELEFONO _____
NUMERO DE IDENTIFICACION OFICIAL O PASAPORTE DEL EMPLEADO _____			

**AUTORIZO** a mi empleador a descontar del pago de mi nómina la cantidad de USD \$\_\_\_\_\_  Mensual,  Bi-Mensual,  Semanal correspondiente al pago de mi póliza de seguros con **Redbridge Insurance Company, Ltd.**, quedando mi empleador obligado por el envío de dicho pago a la Compañía. Además, **ENTIENDO y ACEPTO**, que es de mi única responsabilidad mantener los pagos de mi póliza al día, para evitar que la misma se vea afectada adversamente. Esta autorización invalida cualquier otra, que haya sido firmada con anterioridad para este propósito.

FIRMA DEL EMPLEADO _____	FIRMA DEL EMPLEADOR _____	FECHA ____/____/____
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____	FIRMA DEL PRODUCTOR (SI ES DIFERENTE) _____	FECHA ____/____/____

**AUTORIZACION PARA DEDUCCION DE NOMINA**

**EMPLEADO** (Original)

NOMBRE DEL EMPLEADO _____		EMPLEADOR _____	
NUMERO DE EMPLEADO _____	DIVISION _____	DIRECCION _____	TELEFONO _____
NUMERO DE IDENTIFICACION OFICIAL O PASAPORTE DEL EMPLEADO _____			

Yo, **AUTORIZO** a mi empleador a descontar del pago de mi nómina la cantidad de USD \$\_\_\_\_\_  Mensual,  Bi-Mensual,  Semanal correspondiente al pago de mi póliza de seguros con **Redbridge Insurance Company, Ltd.**, quedando mi empleador obligado por el envío de dicho pago a la Compañía. Además, **ENTIENDO y ACEPTO**, que es de mi única responsabilidad mantener los pagos de mi póliza al día, para evitar que la misma se vea afectada adversamente. Esta autorización invalida cualquier otra, que haya sido firmada con anterioridad para este propósito.

FIRMA DEL EMPLEADO _____	FIRMA DEL EMPLEADOR _____	FECHA ____/____/____
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____	FIRMA DEL PRODUCTOR (SI ES DIFERENTE) _____	FECHA ____/____/____

**IMPORTANTE - DESPRENDER ESTA SECCION Y ENTREGAR AL PROPUESTO DUEÑO (SI ES DIFERENTE )**

**DECRETO SOBRE LOS REPORTES DE CREDITO**

En conformidad con la Ley que regula los Reportes de Crédito, tenemos que informarle que como parte de nuestro proceso de selección, podríamos solicitar un reporte de investigación del consumidor, con el fin de obtener información relevante sobre su carácter, reputación general, características personales y estilo de vida. Esta información podrá originarse mediante entrevistas personales con amigos, vecinos, y asociados. Usted tiene el derecho de solicitar por escrito la naturaleza y resultados de la información en dicho reporte.

**BURO DE INFORMACION MEDICA (MIB)**

La información relacionada con su asegurabilidad será tratada confidencialmente. No obstante, Redbridge Insurance Company, Ltd. y/o sus reaseguradores podrán rendir un breve informe sobre su asegurabilidad al Buró de Información Médica (MIB), una organización sin fines de lucro, con membresía de compañías de seguros de vida que operan un intercambio de información para sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro de vida o salud en otra compañía miembro del MIB, o reclama beneficios con dicha compañía, MIB según solicitado, facilitará la información en su archivo. Si usted duda sobre la veracidad de la información implícita en los archivos de MIB, usted puede comunicarse con MIB con el fin de intentar corregir la información, de acuerdo con los procedimientos establecidos por la ley que regula los reportes de crédito. La dirección de MIB, Inc. es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, número telefónico (866) 692-6901.

Redbridge Insurance Company, Ltd. y/o sus reaseguradores, también podrán facilitar la información en su archivo a otras compañías de seguros, a la cual usted haya solicitado un seguro de vida o salud, o a quien le haya presentado un reclamo por beneficios.

**AVISO ANTIFRAUDE**

Como propuesto asegurado y/o propuesto dueño de la cobertura de seguro aquí solicitada y de cualquiera de sus beneficios opcionales con Redbridge Insurance Company, Ltd. soy consciente que las respuestas a las preguntas sobre mi salud e historial médico sirven como base para la decisión de emitir (o declinar la emisión) una póliza de seguros, cualquier modificación de la misma, y para determinar el monto de la prima o tarifa aplicada. Además, entiendo que:

"Cualquier persona que deliberadamente y con intención trate de engañar a una Compañía de Seguros, o formule una solicitud para seguro, o una reclamación que contenga información material falsa o con el propósito implícito de tergiversar información u ocultar información afín, incurre en fraude a un seguro, siendo un delito grave y dicha persona está sujeta a sentencia criminal y/o civil."

**IMPORTANTE - DESPRENDER ESTA SECCION Y ENTREGAR AL PROPUESTO DUEÑO (SI ES DIFERENTE)**