

Solicito a **QBE Seguros** (en adelante denominada la Aseguradora), la emisión de una póliza de Seguro de Viajes Internacionales a nombre de mi persona, de acuerdo a las condiciones de la misma.
Se solicita escribir los nombres y apellidos completos con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta y responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

I – DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ PAÍS: _____ ZIP CODE: _____

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

OCUPACIÓN/ACTIVIDAD: _____ NO. DE PASAPORTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ CONTRIBUYENTE: _____ OCUPACIÓN/ACTIVIDAD: _____

PLAN MEDICO PRIMARIO: SI NO ASEGURADOR: _____

BENEFICIARIOS: _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE (SI APLICA): _____

COMPAÑEROS DE VIAJE *(Máximo 4 personas que acompañan en el viaje al asegurado)*

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

II – PLAN CONTRATADO:

< > EXCLUSIVE

< > GOLD

< > PLUS

< > PERSONALIZADO (SI USTED ELIGE ESTE PLAN, FAVOR SELECCIONAR LAS CUBIERTAS OPCIONALES DESEADAS E INCLUIR LOS LIMITES DESEADOS EN LA COLUMNA DE SUMA ASEGURADA PARA LAS CUBIERTAS MANDATORIAS Y OPCIONALES SELECCIONADAS).

EFFECTIVIDAD: DESDE: _____ HASTA: _____

DESTINO/S DE VIAJE: _____

CUBIERTAS SELECCIONADAS	CUBIERTAS	MANDATORIAS Y OPCIONALES	SUMA ASEGURADA
√	MUERTE ACCIDENTAL	M	
√	MUERTE ACCIDENTAL – ASALTO Y/O ROBO PORCIENTO= %	M	
√	MUERTE ACCIDENTAL – TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO	M	
√	DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	M	
√	INCAPACIDAD PERMANENTE – TOTAL O PARCIAL – POR ACCIDENTE	M	
√	ASISTENCIA MEDICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	M	
√	ASISTENCIA MEDICA POR URGENCIA DE ENFERMEDAD PREEXISTENTE	M	
√	ASISTENCIA MEDICA POR ACCIDENTES EN DEPORTES PROFESIONALES	M	
√	ASISTENCIA MEDICA POR URGENCIA DE EMBARAZO	M	
√	ASISTENCIA ODONTOLOGICA POR ACCIDENTE	M	
√	RECUPERACION EN HOTEL – CONVALECENCIA	M	
√	ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACION PROLONGADA	M	
√	RETRASO DEL VIAJE	M	
√	PERDIDA DE EQUIPAJE	M	

√	COMPENSACION POR DEMORA DE EQUIPAJE	M	
	CANCELACION DEL VIAJE	O	
	INTERRUPCION DEL VIAJE	O	
	REGRESO DE COMPAÑERO DE VIAJE	O	
	PAGO DE FIANZAS	O	
	HONORARIOS LEGALES	O	
	CANCELACION DE VIAJE EXTENDIDO – ENDOSO PORCIENTO= %		

Queda entendido por el solicitante que la prima de cualquier póliza emitida a base de información errónea o incompleta en esta solicitud será ajustada en cualquier momento. Queda entendido además, que el solicitante será responsable de cualquier prima adicional que resulte en caso de que se hayan incluido los límites relacionados a un plan diferente al contratado.

El abajo firmante, al firmar este contrato certifica que la información suministrada es cierta, completa y correcta y acuerda que cualquier póliza expedida por la Aseguradora y sus renovaciones, si las hubiese, serán efectuadas bajo el entendimiento de que dichas aseveraciones son correctas, completas, reales y no fraudulentas; y entiende que cualquier información omitida puede ser material para la aceptación del riesgo o para el peligro asumido, lo cual puede impedir el cobro con arreglo a esta póliza si la omisión ha contribuido a la pérdida objeto de la causa de acción, según establecido en el Artículo 11.100 del Código de Seguro de Puerto Rico.

Aviso: "Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una perdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o perdida, 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 medir 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 # 18 del 8 de enero de 2004.

Declaración del Productor: De acuerdo a mis conocimientos, certifico que la firma que aparece en esta solicitud es la firma personal del cliente.

LUGAR Y FECHA: _____	FIRMA DEL ASEGURADO: _____
PRODUCTOR DE SEGUROS: _____	TELÉFONO PRODUCTOR: _____
E-MAIL PRODUCTOR: _____	FAX PRODUCTOR: _____