

I - INFORMACIÓN GENERAL:

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
 DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 DIRECCIÓN FÍSICA: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 PERSONA CONTACTO: _____
 TELÉFONO: _____ DOB: _____ EMAIL: _____

II - PRODUCTOR Y/O AGENCIA:

AGENCIA / REPRESENTANTE AUTORIZADO: Font Insurance
 CONTACTO: Manuel Font / Katherine Díaz
 TELÉFONO: (787) 963-1450 FAX: --- EMAIL: kdiroz@fontinsurance.com

III - BENEFICIARIOS

NOMBRE BENEFICIARIO	RELACIÓN CON ASEGURADO	PORCIENTO DE BENEFICIO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

III - INFORMACIÓN NECESARIA PARA COTIZAR:

FAVOR COMPLETAR TODAS SUS PARTES PARA PODER PRESENTAR PROPUESTA:

- TIPO DE RIESGO- SELECCIONE UNO (1):
 < > PRE-COMPRA DIAS
 < > ANUAL
- FECHA DE COMIENZO: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____
- FECHA DE EXPIRACIÓN: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____
- GRUPO CUBIERTO: CANTIDAD PARTICIPANTES _____
- CANTIDAD MÁXIMA DE DÍAS DE VIAJE: _____
- CANTIDAD PROMEDIO DE DURACIÓN DE VIAJES: _____

✓ DESTINOS DONDE VIAJA PARTICIPANTES: _____

8. SELECCIONE LAS CUBIERTAS Y LÍMITES:

CUBIERTAS Y BENEFICIOS	LÍMITE ASEGURADO
MUERTE & DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO	
EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
ASISTENCIA MEDICA POR URGENCIA VINCULADA A UNA CONDICIÓN PRE-	
REPATRIACIÓN DE RESTOS	
RECUPERACIÓN EN HOTEL POR CONVALECENCIA	
ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	____ MAXIMO DE DIAS \$ ____ MAXIMO DIARIO
RETRASO DE EQUIPAJE	
PÉRDIDA DE EQUIPAJE	
CANCELACIÓN E INTERRUPTCIÓN DE VIAJE	
REEMBOLSO DE GASTOS DE SEMINARIO	
ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES	

9. OTROS DETALLES IMPORTANTES: _____

IV. REQUISITOS PARA EMISIÓN DE LA PÓLIZA:

- SOLICITUD COMPLETADA
- ACEPTACIÓN ESCRITA DEL CLIENTE
- PAGO CORRESPONDIENTE

PARA MÁS INFORMACIÓN O ENVIAR SU SOLICITUD:

ÓPTIMA SEGUROS • 1101 MUÑOZ RIVERA AVE., SAN JUAN, PR 00925 • TEL.: (787) 765-2100 • FAX: (787)754-8750

✓ FIRMA: _____ **✓** FECHA: DÍA _____ / MES _____ / AÑO _____ Válido por 30 días

AVISO: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE PRESENTARE, AYUDARE Ó HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, Ó PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO AÑO Ó PÉRDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE, SERÁ SANCIONADO, POR VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA NO MENOR DE CINCO MIL (\$5,000) DÓLARES, NI MAYOR DE DIEZ MIL (\$10,000) DÓLARES Ó PENA DE RECLUSIÓN POR TÉRMINO FIJO DE TRES (3) AÑOS; DE DOS (2) AÑOS.