



# SOLICITUD DE INGRESO SEGURO ORDINARIO DE VIDA DE EMISIÓN GARANTIZADA

**Núm. Solicitud:**

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE DENTRO DEL ENCASILLADO (USE TINTA NEGRA)							
INFORMACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO					Número de identificación:		
					Tipo Identificación:		
Nombre:						Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Número Seguro Social:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:			Edad:	
			Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Año <input type="text"/>				
Dirección Postal:							
		Código Postal:					

Ocupación:		Ingreso Mensual: \$		Teléfono Trabajo:	
Correo Electrónico:		Celular:		Teléfono (Otro)	

INFORMACIÓN DEL PLAN		
Cantidad De Seguro \$ _____		Prima \$ _____
		Préstamo Automático para el Pago de Prima: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INFORMACION SOBRE FORMA DE PAGO		
<input type="checkbox"/> Directo:	<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
<input type="checkbox"/> Giro Bancario:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
	<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	

Número de cuenta o tarjeta:		Número de ruta:	
-----------------------------	--	-----------------	--

Nombre de la Institución Financiera:	
--------------------------------------	--

Fecha de expiración:      Mes      Año		Código de Seguridad:	
--	--	----------------------	--

**Nombre del dueño de la cuenta:**

**Nota importante:** Si la cuenta en institución financiera o tarjeta de crédito no está a nombre del asegurado, es el dueño de la cuenta o de la tarjeta quien debe firmar esta autorización.

Favor de enviar un cheque "void" si es cuenta de cheque o una hoja de depósito donde aparezca el número de cuenta si es de ahorro. COSVI se reserva el derecho de suspender todo giro futuro en caso de no poder procesar un pago a la cuenta arriba indicada.

Firma del pagador:		Seguro Social del Pagador:	
--------------------	--	----------------------------	--

SOL.VIDAGARANTIZADA052016

027.V-SOL

**RECIBO CONDICIONAL**

**Núm. Solicitud:**

No se despegue a menos que la prima se pague con la solicitud. He recibido de \_\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ como pago de la primera prima sobre una póliza de Seguro Ordinario de Vida.

**CONDICIONES DEL RECIBO**

Si la cantidad es pagada por cheque, la misma es aceptada bajo la condición de que dicho cheque sea honrado por el banco contra la cantidad que se expide el mismo. De no ser así, este recibo condicional será nulo a menos que el solicitante pague en efectivo el importe de la prima directamente a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI. Si COSVI, rehusara aceptar esta solicitud, no se expedirá póliza alguna de seguro y en este caso se devolverá prontamente dicho pago al solicitante previa entrega del recibo. Si la solicitud se aprobara, el seguro entrará en vigor a la fecha de esta solicitud de acuerdo a sus términos y condiciones.

FIRMA Y NOMBRE REPRESENTANTE AUTORIZADO O PRODUCTOR	FECHA
---	-------

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

NOMBRE COMPLETO (DOS APELLIDOS)	% BENEFICIO	FECHA NACIMIENTO Mes / Día / Año	PARENTESCO

**TOTAL** **100%**¿Se reserva el solicitante el derecho a cambiar el beneficiario designado? Sí  No *Si la contestación es afirmativa podrá cambiar sus beneficiarios designados en cualquier momento, si la contestación es negativa tendrá que ser autorizados por ellos para el cambio, como beneficiarios designados irrevocables.*

Si el Propuesto asegurado haya solicitado una póliza de seguro de vida con COSVI y la misma le fue denegada, no cualificará para solicitar esta póliza de seguro.

**AVISO ANTIFRAUDE**

**“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 máximo de dos (2) años”.**

Certifico que todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son completas y verdaderas a mi mejor entender. Estas declaraciones han sido hechas con el fin de obtener de la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI el contrato de seguro que por la presente solicito. Entiendo y estoy de acuerdo que se proveerá la póliza a la fecha de la firma de esta solicitud, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente: la solicitud haya sido completada en esa fecha, el prospecto sea asegurable de acuerdo a los requisitos de elegibilidad establecidos por COSVI y la solicitud se reciba en la Oficina Principal de COSVI.

**¿CÓMO USTED SE ENTERO DE COSVI?** TV  RADIO  REDES SOCIALES  PRENSA  OTROS \_\_\_\_\_.

Acepto recibir comunicaciones electrónicas en mi cuenta de correo electrónico referentes a mi seguro, incluyendo el contrato de póliza. Entiendo que: 1) tengo derecho a optar porque se me envíe la póliza por correo o personalmente; 2) tengo derecho a retirar mi consentimiento de recibir la póliza electrónicamente y podré solicitar la misma sin imposición de costo alguno. Confirmando que tengo acceso a recibir comunicaciones electrónicas incluyendo el contrato de póliza.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO\_\_\_\_\_  
FECHA\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE, SI ES DISTINTO A PROPUESTO ASEGURADO\_\_\_\_\_  
FIRMA TESTIGO (REPRESENTANTE AUTORIZADO O PRODUCTOR)\_\_\_\_\_  
NÚM. REPRESENTANTE AUTORIZADO  
O PRODUCTOR

SOL.VIDAGARANTIZADA052016

027.V-SOL