TruStage | CUNA Mutual Insurance Society Dominicana

RNC 130292027

Formulario de Inscripción

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE: Indique su nombre completo, fecha de nacimiento, edad y parentesco de todos los individuos inscribiéndose en el plan, incluyéndose usted mismo.

Nombre de su Cooperativa: _____ Sucursal _____ Número de Socio: _____

	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento Día	Mes	Año	Edad	Sexo	Cédula	Relación Familiar
1											Socio
2											
3											
4											
5											
6											

Nos reservamos el derecho de solicitar prueba de la información superior. El socio debe se menor a 70 años antes de ingresar al Plan Amparo Familiar y menor a 60 años antes de elegir la opción de Enfermedades Catastróficas

Dirección completa del Socio: _____ Teléfono ( ) _____

1) Indique el plan seleccionado: ☐ **Plan Básico (RD$25,000)** ☐ **Plan Óptimo (RD$50,000)** ☐ **Plan Superior (RD$100,000)** ☐ **Plan Premium ($150,000)**

2) Indique la opción para enfermedades catastróficas: ☐ **Opción 1 (RD$50,000)** ☐ **Opción 2 (RD$100,000)** ☐ **Opción 3 ($150,000)**

1. ¿Está usted u otra persona mencionada anteriormente cubierta actualmente bajo otro Plan Amparo Familiar de otra Cooperativa, Institución o Grupo Afin? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha tenido usted anteriormente un certificado del Plan Amparo Familiar? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Tiene usted algún hijo/a incapacitado permanentemente a quien quisiera incluir bajo la póliza? Nombre: _____ ☐ Sí ☐ No
4. ¿Autorizo a descontar de mi cuenta no._____ el pago mensual del Plan Amparo Familiar? ☐ Sí ☐ No

El Socio es el único responsable de asegurarse que las personas elegibles para las que se está aplicando en esta inscripción no estén cubiertas actualmente bajo el Plan Amparo Familiar en ninguna otra Cooperativa o Institución. Ninguna persona puede estar asegurada en más de un Certificado del Plan Amparo Familiar de acuerdo con la cláusula de -No Duplicación de Cobertura- contenida en la Póliza y en el Certificado de Plan Amparo Familiar del Socio. Si una persona está nombrada en más de un Certificado del Plan Amparo Familiar, al fallecer ésta, el Asegurador solamente será responsable de pagar una reclamación. Además, usted está limitado hasta un máximo de dos padres y/o suegros en total por el tiempo en que su certificado esté activo.

Yo entiendo que si me estoy inscribiendo para la cobertura del Plan Amparo Familiar fuera de un Período de Inscripción Abierta, estaré sujeto a un período de espera de seis meses, en cuyo período solo se pagarán los beneficios por muerte accidental. Luego de transcurrido este período de seis meses, entrará en vigencia la cobertura por muerte natural.

Yo entiendo plenamente que la fecha de vigencia del certificado será el primer día del mes siguiente a la fecha que aparece en esta inscripción.

Yo entiendo y certifico que, de acuerdo a mi conocimiento y creencia, todas las declaraciones contenidas en esta solicitud son ciertas y estoy de acuerdo en que de haber alguna información no revelada, evadida, o falsificada en cualquiera de las declaraciones realizadas aquí, el seguro emitido en base a ellas será nulo e inválido.

POR FAVOR LLENE UNA SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE SER USTED LA ÚNICA PERSONA ASEGURADA.

He leído y comprendido la información anterior, y en confirmación a esto he firmado y fechado este documento.

Firma del Socio : _____ **Fecha:** _____
Día Mes Año

Por favor incluir el pago de la prima junto con este formulario de inscripción.

Cantidad Pagada: _____ **Recibo No.** _____ **Nombre y Sello del Representante de la Cooperativa** _____

*Todos los Beneficios y las Provisiones están sujetos a los Términos y Condiciones de la Póliza la cual está disponible en su Cooperativa de Ahorro y Crédito.