



COBERTURA PARA EL VOLUNTARIADO FORMULARIO DE INFORME ANUAL

Indica el número total de voluntarios que estarán cubiertos por la póliza.

Nombre de la entidad: _____

Total de miembros/voluntarios: _____

Complétalo y envíalo a...

claims@adventistrisk.org

Dirección:

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904

1-888-951-4276



Envía este formulario a:
Adventist Risk Management, Inc.
Placement Services
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
volunteerlabor@adventistrisk.org

**FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE
ACCIDENTES PARA EL VOLUNTARIADO**
(ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO, INCLUIDA LA CONSTRUCCIÓN)

TU DIVISIÓN _____ **UNIÓN** _____ **CONFERENCIA** _____

ACADEMIA, GRUPO DE LA IGLESIA LOCAL O PERSONA (Nombre, dirección y número de teléfono)
(POR FAVOR, en caso de ser una iglesia local, asegúrate de indicar el nombre de tu conferencia en el apartado correspondiente)

Nombre del contacto: _____ Dirección: _____

Núm. de teléfono: _____

NOMBRE (Cada participante debe constar por separado, y en primer lugar debe aparecer el líder del grupo. Adjunta las hojas adicionales que sean necesarias).

1. _____	6. _____	11. _____
2. _____	7. _____	12. _____
3. _____	8. _____	13. _____
4. _____	9. _____	14. _____
5. _____	10. _____	15. _____

Tipo de construcción: _____

Dirección del proyecto: _____

Fecha de inicio del proyecto: _____ Fecha de finalización del proyecto: _____

Número de participantes: _____ Número de días: _____ Monto de la prima _____
(1,56 USD por voluntario por día)

PRIMA TOTAL _____

***Todos los cheques deben estar a nombre de Adventist Risk Management, Inc. y deben enviarse junto a esta solicitud a la dirección indicada anteriormente; de otro modo, la cobertura no será válida. Solo es posible facturar si lo autoriza una entidad de facturación.**

Firma autorizada _____

Cargo _____

Fecha _____

El seguro de accidentes para los residentes en los Estados Unidos está cubierto por la Federal Insurance Company, un asegurador miembro del Grupo de compañías de seguros Chubb. La cobertura descrita en este documento podría no estar disponible en todas las jurisdicciones. El presente documento es meramente descriptivo. La cobertura real está sujeta al texto de las pólizas emitidas (póliza #9907-34-39). Aplican exclusiones y limitaciones. Chubb, Box 1615, Warren, N.J. 07061-1615.

El seguro de accidentes para NO residentes en los Estados Unidos está cubierto por Global Benefits Group/ GBG Insurance LTD, Level 5, Mill Court, La Charroterie, St. Peter Port, Guernsey GY1 1EJ. Póliza 9907-3439I
Vollabor. App. Rev. 1/1/2015