

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD - SEGURO DE VIDA

Nombre del Empleado: _____

Compañía: _____

Departamento/División: _____

Núm. de Seguro Social: _____

ESTA SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante a quien aplica la evidencia:		Parentesco con el empleado:	Compañía para la cual trabaja el solicitante:	
Ocupación:	Fecha de Nacimiento:	Género:	Estatura:	Peso:
Salario \$	Cantidad Actual de Seguro:	Cubierta Solicitada: <input type="checkbox"/> Básico (cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario (cantidad): _____ <input type="checkbox"/> Seguro para Dependientes: <input type="checkbox"/> Cónyuge (cantidad): _____ <input type="checkbox"/> Hijos (cantidad): _____		

ESTA SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE- FAVOR RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

Sí	No	
		1. ¿Le han informado si tiene o se le ha tratado de: una condición cardiaca; soplo, alta presión, albúmina, pus o azúcar en la orina; tumor canceroso, alcoholismo o adicción; úlceras; desórdenes del cuello, espalda o del sistema respiratorio?
		2. ¿Toma algún tipo de medicamento regularmente o a intervalos frecuentes?
		3. ¿Le han recomendado algún tratamiento no administrado aún o alguna operación que no se ha llevado a cabo?
		4. ¿Tiene o se le ha diagnosticado, padece o ha padecido alguna enfermedad que reincide causada por virus, bacterias u hongos en el aparato respiratorio, estómago o intestinos, en la piel, en los órganos urinarios y sexuales o en el sistema nervioso central?
		5. ¿Sufrir o ha sufrido dolores persistentes de los miembros o articulaciones (parecidos a los de la gripe), diarreas de larga duración, fiebre inexplicable, pérdida de peso sin motivo, frecuentes sudores nocturnos, inflamación de los ganglios linfáticos?
		6. ¿Ha sido tratado o ha visitado algún médico por alguna razón incluyendo exámenes rutinarios durante los últimos 5 años?
		7. ¿Ha sido hospitalizado o ha estado en algún sanatorio para descanso, observación, diagnóstico, tratamiento u operación quirúrgica?
		8. ¿Le han denegado algún tipo de seguro de vida, accidente, de salud o recargado la prima o denegado la reinstalación?
		9. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos doce meses?
		10. ¿Se le ha diagnosticado, está o ha estado en tratamiento por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o por el Complejo de Síntomas Relacionados con el SIDA (ARC por sus siglas en inglés)?

IMPORTANTE – PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

NÚM DE PREGUNTA	NATURALEZA DE LA DOLENCIA	FECHA DE COMIENZO, DURACIÓN Y GRADO DE RECUPERACIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO, ESPECIALISTA, GENERALISTA; HOSPITAL O INSTITUCIÓN

(CONTINUA AL DORSO)

11. a) Indique el nombre y dirección del médico que puede ofrecer su historial clínico más completo.

b) Fecha aproximada de su última visita. _____

¿Cuál fue la causa? Chequeo de Rutina Otros: _____

Especifique resultado de su visita: _____

IMPORTANTE: TODAS LAS PREGUNTAS ANTERIORES DEBEN SER CONTESTADAS. ESTO AYUDARÁ A ACELERAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD. INCLUYA NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO Y DIRECCIÓN DE SU OFICINA. SI REQUIERE MÁS ESPACIO INCLUYA HOJA ADICIONAL.

Yo, _____, certifico que la información ofrecida en esta solicitud es completa y correcta. Entiendo que la aprobación de mi seguro estará basada en las declaraciones y contestaciones aquí ofrecidas por mí. Entiendo que Triple-S Vida, Inc. se reserva el derecho de requerir evidencia de asegurabilidad adicional a la aquí vertida y autorizo a que se divulgue información sobre mi persona, según se estipula en la autorización al calce que es parte de esta solicitud.

AVISO

La Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008 advierte a toda persona lo siguiente: "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 mínimo de dos (2) años."

Fecha

Firma del solicitante

ESTA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION TIENE QUE SER FIRMADA Y FECHADA

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas e instituciones que tengan expedientes o conocimiento de mí, mi empleo y mi salud, a que divulguen dicha información a Triple-S Vida, Inc., y/o representantes legales de Triple-S Vida, Inc., entiéndase: cualquier médico, hospital, clínica u otra facilidad médico-hospitalaria, compañía de seguros u otra organización similar, institución o persona, patrono, tenedor de la póliza grupal o administrador del plan.

Entiendo que la información ofrecida a Triple-S Vida, Inc. se utilizará para determinar mi elegibilidad para la cubierta de seguro solicitada y el pago de beneficios. Triple-S Vida, Inc. podrá divulgar dicha información por tal propósito al patrono o administrador del plan de la cubierta de seguro grupal, a sus representantes, a cualquier reasegurador o a cualquier persona o entidad llevando a cabo un negocio o función legal a nombre de Triple-S Vida, Inc. La información puede ser divulgada de otro modo específicamente permitido o requerido por Ley.

Esta autorización es extensiva e incluye cualquier información relacionada al uso de alcohol y drogas o cuidado por condiciones mentales. Esta autorización o su copia será válida por dos años y medio (2 ½) a partir de la fecha en que es firmada, a excepción de que así lo requiera cualquier otra Ley que aplique para estos efectos.

La información divulgada a Triple-S Vida, Inc. no podrá ser ofrecida o transferida a ninguna persona o institución que no se haya mencionado en este documento. Entiendo que tengo derecho a una fotocopia de esta autorización si así lo solicito.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Número de Seguro Social

Dirección Postal

Fecha y lugar

Número de Teléfono