

CONVENIO SOBRE LOS BENEFICIOS

Póliza No. _____ Reclamación Núm. _____

Fecha de la Incapacidad _____

Expedida a _____

Reclamante _____

Beneficio provisional propuesto de \$ _____ al mes.

A cambio del pago adelantado de beneficios de Incapacidad a Largo Plazo que me efectúe *Triple-S Vida, Inc.*, que podrá ser en exceso de la suma que se me deba conforme con los términos de esta Póliza Número _____, yo, a nombre mío, de mis herederos, ejecutores, albaceas y cesionarios, convengo:

- (1) Que en la actualidad no recibo ningún beneficio del Seguro Social, Plan de Pensiones o Retiro, ni del Fondo del Seguro del Estado.
- (2) En solicitar los beneficios del Seguro Social o de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado pagaderos en concepto de toda incapacidad que haya comenzado el _____.
- (3) Si yo y/o mi Cónyugue y familia recibimos beneficios de incapacidad, independientemente de la suma, en conexión con el Seguro Social, Plan de Pensiones o Retiro y/o de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, yo y/o mi cónyugue y familia avisaremos inmediatamente a *Triple-S Vida, Inc.*, respecto al pago de dichos beneficios de incapacidad y reembolsaremos todas las sumas de los adelantos sobre las sumas a que tendríamos derecho conforme con las disposiciones de la Póliza.
- (4) Comprendo que en adelante *Triple-S Vida, Inc.*, tiene derecho a integrar con el beneficio mensual pagadero bajo la Póliza toda suma recibida del Seguro Social y/o Plan de Pensiones o Retiro, y/o de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado conforme con los términos de la Póliza.

Comprendo que *Triple-S Vida, Inc.*, confiado en las declaraciones y promesas precedentes, ha convenido en adelantarme los beneficios.

(Asegurado)

(Testigo)

(Dirección)

(Dirección)

(Fecha)

(Fecha)