

SOLICITUD DE CAMBIOS PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Nombre del asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del Dueño: _____ Número de Seguro Social: _____

Solicito y autorizo a efectuar los cambios o servicios indicados en mi póliza número: _____

I. DIRECCION Y TELEFONO (indicar su nueva dirección y/o teléfono)					
DIRECCION POSTAL (Urbanización/PO Box, Barrio, Calle, Número)	CIUDAD	PAIS	CODIGO POSTAL		
DIRECCION FISICA (Urbanización, Barrio, Calle, Número)	CIUDAD	PAIS	CODIGO POSTAL		
TELEFONOS: RESIDENCIAL ()	TRABAJO ()	E-MAIL			
II. CUBIERTAS SOLICITADAS					
	Cambio de Plan Básico De: _____ \$ _____ A: _____ \$ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Plan Actual Prima Actual Plan Solicitado Prima A Pagar </div>				
CÓDIGO PLAN		Individual	Padre /Madre Soltera	Matrimonio/ Pareja	Familiar
[Z8KU/Z8KV]	AUMENTO DE BENEFICIO POR UNIDADES SABU-0715-352 Aplica TPD Y TPD PLUS 2018 y siguiente <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KT]	TRASPLANTE DE ÓRGANOS ETO-1009-282 <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KA]	MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE Y CONVALESCENCIA EMAHC-0213-300 Suma Asegurada: \$ _____ Indemnización Mensual \$ _____ <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KH]	HOSPITALIZACIÓN Y CONVALESCENCIA DEBIDO A ENFERMEDAD(EHEC-0609-280) <input type="checkbox"/> \$25 diario / \$750 mensual <input type="checkbox"/> \$50 diario / \$1,500 mensual <input type="checkbox"/> \$75 diario / \$2,250 mensual <input type="checkbox"/> \$100 diario / \$3,000 mensual <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KJ]	CUIDADO INTENSIVO ERCI-0609-281 <input type="checkbox"/> \$250 diario, \$15,000 máx. <input type="checkbox"/> \$350 diario, \$21,000 máx. <input type="checkbox"/> \$500 diario, \$30,000 máx. <input type="checkbox"/> \$650 diario, \$39,000 máx. <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KD]	INGRESO POR INCAPACIDAD TOTAL Asegurado Principal Solamente Ingreso Mensual \$ _____ OPCION I - Beneficios mensual hasta un máximo de 12 meses (EIIT-0609-279) <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$600 <input type="checkbox"/> \$700 <input type="checkbox"/> \$800 <input type="checkbox"/> \$900 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KG]	TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE QUEMADURAS, FRACTURAS, DESGARRE DE TENDONES Y LIGAMENTOS, LACERACIONES, MUTILACIONES, DISLOCACIONES EQFTLMD-0213-301 <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KC]	1ER. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EPDC-0609-276 \$1,000 - \$50,000 \$ _____ <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KM]	1ER. DIAGNÓSTICO DE ATAQUE DE CORAZÓN(EPAC-0609-277 \$1,000 - \$30,000 \$ _____ <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8KR]	PAGO ÚNICO PARA TRATAMIENTO RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, TERAPIA EXPERIMENTAL SPUR-0816-363 \$1,000 - \$20,000 \$ _____ <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
[Z8K1]	HOSPITALIZACIÓN POR 24 HORAS DEBIDO ACCIDENTE \$1,000 - \$2,000 \$ _____ SHVA-0715- 350 <input type="checkbox"/> AUMENTAR BENEFICIO <input type="checkbox"/> REDUCIR BENEFICIO <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO				
TOTAL DE PRIMA MENSUAL					
III. BENEFICIARIOS-Esta designación revoca toda y cada una de las designaciones anteriores					
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO		PARENTESCO	NÚM SEGURO SOCIAL/IDENTIFICACION DTOP/PASAPORTE:		
IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES O ASEGURADO ADICIONAL -(favor contestar preguntas en el Recuadro de Evidencia de Asegurabilidad)					
NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	INCLUIR / ELIMINAR	
V. MODO DE PAGO					
<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> SEMI-ANUAL	<input type="checkbox"/> DEDUCCIÓN DE NÓMINA (Completar Autorización)		<input type="checkbox"/> MENSUAL DÉBITO BANCARIO (incluir cheque nulo y autorización)	

VI. RECUADRO DE EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

SI TIENE LAS CUBIERTAS DE CANCER, HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, CUIDADO INTENSIVO O TRANSPLANTE DE ORGANOS, FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿A Usted o algún miembro de su familia, se le ha diagnosticado o tratado alguna vez, o tiene conocimiento de algún padecimiento de diabetes, hígado, páncreas, nefritis, enfisema, tuberculosis, pleuresía, asma, fibrosis quística, cáncer, epilepsia, artritis, gota, dolores de espalda o alguna condición relacionada al sistema músculoesquelético, nervioso, circulatorio, digestivo o respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico o el uso excesivo de alcohol o drogas que crean habito? Sí No
2. ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o le han realizado alguna cirugía durante los últimos cinco años? Sí No
3. ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por SIDA o ARC? (Condiciones relacionadas al SIDA)? Sí No
4. ¿Ha solicitado usted en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios del Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado o de cualquier otro plan público o privado que concede beneficios por incapacidad? Sí No
5. ¿Ha sido usted o cualquier otra persona propuesta para seguro examinado, recibido tratamiento o se le ha informado que padece de ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, alta presión, dolores de pecho, angina, enfermedades coronarias, soplos, convulsiones, desmayos, ataques isquémicos momentáneos? Sí No
6. ¿Ha participado o planifica participar en cualquier tipo de carreras motorizadas, buceo, paracaidismo, vuelo con ala delta, viaje en globo o escalamiento de montañas? Sí No
7. ¿Se les ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer o enfermedad perniciosa o temida? Sí No
- 8) ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por el virus de Influenza Tipo A Influenza A? Sí No

DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, CIRCULE LA CONDICION INDICADA EN LA PREGUNTA Y PROVEA LOS DETALLES A CONTINUACIÓN:

FECHA DEL DIAGNOSTICO	NOMBRE DE LA PERSONA	PADECIMIENTO Y DETALLES	MEDICO QUE LE ATENDIO Y DIRECCION

Certifico que he leído, o se me ha leído la solicitud completada y entiendo que cualquier declaración falsa o representación incorrecta hecha en la misma que sea fraudulenta o material para la aceptación del riesgo podría resultar en pérdida de cubierta bajo la póliza. **Entiendo además, que ningún seguro entrará en vigor hasta que la primera prima haya sido pagada.**

Detalle las pólizas de cáncer activas con **Triple-S Vida, Inc.** a nombre del asegurado primario (si aplica): _____

Certifico además, que he recibido copia del “AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE” como se requiere por la Ley Federal P.L.103-432.

DECLARACION DE AUTORIZACION: Autorizo a cualquier médico autorizado, practicante de medicina, clínica, hospital o cualquier otra institución médica relacionada con la medicina, compañía de seguros, MBI, Inc. (MIB) o Administrador de Beneficios de Farmacia y cualquier otra persona, organización o institución que tenga algún historial médico sobre mi persona o sobre alguna persona incluida en esta solicitud de seguro a revelar la misma a Triple-S Vida, Inc. Yo autorizo a Triple-S Vida, Inc. o a su reasegurador a divulgar un informe personal breve de mi salud a MIB, Inc. Yo autorizo a Triple-S Vida, Inc. o a su reasegurador a divulgar un informe personal breve de mi salud a MIB, Inc. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original. Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por **Triple-S Vida, Inc.** para determinar elegibilidad para beneficios; obtener reaseguro y administrar y pagar reclamaciones. También entiendo que en algunas circunstancias la información que fue autorizada a divulgársele a **Triple-S Vida, Inc.** puede ser divulgada a su vez, a individuos o entidades que no están sujetas a las leyes de privacidad de información médica, en cuyo caso la información médica podría no estar protegida por las leyes federales de privacidad de información médica.

Reconozco que tengo el derecho de revocar por escrito ésta autorización en cualquier momento. Se acuerda y se entiende que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que **Triple-S Vida, Inc.** o su representante legal o sus reaseguradores hayan tomado valiéndose de esta autorización antes de recibirse la revocación. Esta autorización se ejecuta como una condición para obtener cubierta de seguro. Al revocar esta autorización Triple-S Vida, Inc no podrá determinar elegibilidad para beneficios; obtener reaseguro o administrar y pagar reclamaciones. Esta autorización continuará siendo válida por 30 meses o hasta se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero, comenzando en la fecha en que se firma. **Triple-S Vida, Inc.** se reserva el derecho de cambiar su Notificación de Prácticas de Privacidad.

AVISO “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.” Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE, SI ES OTRO QUE EL ASEGURADO: _____ FECHA: _____

CERTIFICO que personalmente le hice las preguntas arriba indicadas al propuesto asegurado y que he registrado debidamente la información suministrada por éste:

Nombre del Representante Autorizado: _____ Nombre de la Agencia: _____

Firma Representante Autorizado: _____ Número: _____ Fecha: _____

COTEJO POR VENTAS Y MERCADEO	EVALUACION DE RIESGO	FECHA
	<input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> AP. C / EXC. <input type="checkbox"/> DENEGADA	
Observaciones:		

SI ES POR DÉBITO MENSUAL A SU CUENTA BANCARIA, INCLUYA UN CHEQUE CANCELADO Y FIRME LA AUTORIZACIÓN A MI BANCO

Como una conveniencia para mí, por este medio solicito y les autorizo a ustedes a iniciar débitos, ya sea por medios electrónicos o en papel, con dichos débitos hechos a mi cuenta y retirados por Triple-S Vida, Inc., siempre y cuando hayan suficientes fondos disponibles en dicha cuenta para pagar los mismos a su presentación. Acepto que sus derechos en cuanto a dicho débito serán los mismos que si se tratara de un cheque emitido a su favor y firmado personalmente por mí. Por este medio acepto que si algún débito no es pagado a ustedes por alguna razón, con o sin causa o si dicho pago no hecho es intencional, inadvertido o de alguna otra naturaleza, ustedes no tendrán responsabilidad alguna, aun cuando dicho pago no hecho resulte en la caducidad del seguro, sujeto al Periodo de Gracia. Esta autorización permanecerá en completa vigencia y efecto hasta que sea revocada por mí, mediante notificación escrita con 30 días de antelación y hasta que ustedes de hecho reciban dicha notificación, yo acepto que ustedes estarán completamente protegidos en honrar cualquier débito a mi cuenta.

Banco _____
Nombre _____ Sucursal _____ Número de Cuenta _____

Dirección: _____ Código Postal _____

Autorizo descuento bancario en la siguiente fecha (1-28): _____

Esta autorización está limitada a la cantidad total de la prima. \$ _____ Cuenta: Cheques Ahorros

Firma _____ Fecha: _____
Propuesto Asegurado

Firma _____ Fecha: _____
(Según aparece en el expediente bancario)

AUTORIZACIÓN PARA CARGO RECURRENTE A TARJETA DE CRÉDITO

Por este medio solicito y autorizo a **Triple-S Vida, Inc.** a hacer cargos automáticamente a una de las siguientes tarjetas de crédito.

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO PRIMARIA

VISA Master Card American Express

Nombre Completo (según aparece en la tarjeta de crédito) _____ Dirección (según aparece en su estado de cuenta) _____

Ciudad Estado Código Postal

Núm. de la Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Expiración _____

Esta autorización está limitada a la prima mensual trimestral semestral anual de \$ _____ que se debe en la póliza número _____ y está sujeta a lo siguiente: (1) Esta autorización no modifica ninguno de los términos de la póliza. (2) **Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mí mediante notificación por escrito a Triple-S Vida, Inc., al menos 30 días antes de la fecha en que sea pagadera la próxima prima.**

Firma del Tarjetahabiente (según aparece en la tarjeta de crédito) _____ Fecha _____ Dirección _____

CONSENTIMIENTO

Intereso recibir recordatorios de cortesía, información de futuros servicios y eventos ofrecidos o auspiciados por Triple-S Vida, Inc. Consiento en recibir llamadas de Representantes Autorizados así como llamadas telefónicas pregrabadas, marcadas automáticamente; mensajes de voz y textos; correos electrónico por o a nombre de Triple-S Vida, Inc., en los teléfonos y correos electrónicos indicados. Comprendo que este consentimiento no es una condición para obtener la póliza que solicito.

Correo electrónico: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Casa: _____

Firma: _____

CONSENTIMIENTO A ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTOS

AUTORIZO a que Triple-S Vida Inc. entregue por medio de transmisión electrónica a mi última dirección de correo electrónico, todo documento que por disposición de Ley se requiera entregar, notificar, dar aviso o términos equivalentes. **RECONOZCO** que debo solicitar por escrito a la Oficial Principal de Triple-S Vida para revocar este consentimiento y solicitar que entreguen la póliza o cualquier otro documento impreso en papel, aun luego de haber recibido los mismos electrónicamente, sin costo adicional. **CONFIRMO** que tengo acceso a una computadora con servicio de Internet; cuenta de correo electrónico activa para recibir información electrónica en la cual puedo leer, retener y almacenar documentos en formato PDF Adobe Acrobat. Entiendo que debo notificar a Triple-S Vida: a) cualquier cambio de dirección de correo electrónico; b) que debo actualizar los filtros de mi cuenta que pudieran evitar que reciba notificaciones electrónicas de Triple S Vida, Inc. **CONSIENTO** en el caso de más de un asegurado; que el Dueño o en su defecto el Asegurado Primario sea quien reciba la información electrónicamente. **ACEPTO** que el cambio en la manera de la entrega o notificación de documentos no tendrá efecto hasta que se registre en nuestra Oficina Principal. Se acuerda y se entiende que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que Triple-S Vida, Inc. hayan tomado valiéndose de esta autorización antes de recibirse la revocación. Estoy consciente que la compañía se reserva el derecho de cancelar la entrega de la póliza o la notificación de documentos electrónicos si los correos electrónicos son devueltos al servidor de Triple-S Vida, Inc. En tal caso procederán con la entrega o notificación en papel. Triple S Vida, Inc. no está obligada por ley a entregar o notificar documentos electrónicamente y puede discontinuar la entrega o notificación electrónica parcialmente o completamente en cualquier momento.

Firma: _____



AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN NÓMINA PARA PAGO DE PRIMA PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Autorizo a mi patrono _____ a deducir de mi salario la cantidad de \$ _____, para el pago de prima de la póliza adquirida a través de **Triple-S Vida, Inc.** Esta autorización cancela cualquier autorización anterior para deducción por nómina por concepto de otro plan de seguro similar con la compañía _____ por \$ _____. Bisemanal Quincenal Mensual

Nombre y Apellidos del Empleado (en letra de molde)	Número de Seguro Social	Número de Empleado
Programa o Departamento	División	
Firma del Solicitante	Fecha	