

OPCIONES DE PAGO PARA BENEFICIOS DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZOAsegurador: **Triple S Vida** (de aquí en adelante "nosotros")

Núm. De Póliza: _____ Número de Reclamación: _____ Fecha de Incapacidad: _____

Emitida a: _____

La póliza bajo la cual usted está asegurado para los beneficios de Incapacidad a Largo Plazo serán reducidos por la cantidad de beneficios del seguro social que **usted, su esposo(a) y familia** son elegibles a recibir. La póliza también proporciona que si usted no solicita beneficios del seguro social, los beneficios de la póliza serán reducidos por la cantidad de beneficios del seguro social **usted, su esposo(a) y familia** serían elegibles recibir si la aplicación había sido hecha.

Nosotros entendemos que la Administración del seguro social todavía no ha tomado una decisión en relación a sus beneficios. Hasta que la Administración del seguro social tome una decisión, sus beneficios de Incapacidad a Largo Plazo pueden manejarse en una de dos maneras:

- 1. Nosotros podemos estimar la cantidad de beneficios del seguro social para **usted, su esposo(a) y familia** y reduciremos sus beneficios mensuales por esta cantidad. Si se estiman beneficios del seguro social, los beneficios mensuales se ajustarán cuando nosotros recibamos la prueba de la cantidad otorgada por el seguro social o si los beneficios del seguro social son denegados y la denegación no es apelada. Si su aplicación del seguro social se deniega y la denegación no es apelada, la cantidad estimada se devolverá a usted en una suma total.
- 2. Nosotros podemos pagarle un beneficio mensual sin reducir por una cantidad estimada para los beneficios del seguro social hasta que el seguro social tome una decisión y esto puede producir un sobrepago de nuestra parte. Usted está requerido a someternos una copia de la decisión del seguro social. **El reembolso de la suma total del sobrepago deberá recibirse en nuestras oficinas dentro de un periodo de 30 días a partir de la fecha del recibo del beneficio retroactivo del seguro social.** Nosotros reduciremos su beneficio mensual de la póliza por la cantidad que recibe del seguro social para **usted, su esposo(a) y familia** según las provisiones de la póliza. Si usted quiere elegir esta opción pero no ha solicitado beneficios del seguro social, usted necesita solicitarlos inmediatamente. Si usted no solicita beneficios del seguro social, nosotros usaremos la opción #1.

Díganos cual de las opciones desea usar para calcular sus beneficios mensuales. Favor de marcar la opción #1 o la #2 y firme este formulario. Si usted no hace ninguna selección, nosotros usaremos la opción #1. Si usted tiene alguna pregunta o duda, por favor avísenos. Estamos para servirles.

Firma_____
Firma del testigo_____
Dirección_____
Dirección_____
Fecha_____
Fecha**Por favor retenga una copia para su expediente.**