

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD (DI)

CONTESTE LAS PREGUNTAS EN LETRA DE MOLDE

PARTE 1 DECLARACIONES DEL RECLAMANTE			
1. Nombre		2. Fecha	
3. Dirección Postal			
4. Dirección Residencial			
5. Teléfono	6. Tel. Celular	7. Dirección electrónica	
8. Núm. Póliza	9. Fecha de Vigencia	10. Fecha último pago	
11. Ocupación	12. Núm. Seguro Social	13. Sueldo Mensual	
14. Tareas que desempeña en su trabajo:			
15. Primer día en que estuvo incapacitado para trabajar: Mes _____ Día _____ Año _____		16. Indique fecha de retorno al trabajo o fecha en que espera regresar: Mes _____ Día _____ Año _____	
17. Su incapacidad está relacionada con: <input type="checkbox"/> El desempeño de su empleo <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil <input type="checkbox"/> Embarazo o Aborto <input type="checkbox"/> Otra razón: Especifique dónde, cuándo y cómo ocurrió: _____ _____ _____			
18. Si su caso fue informado al Fondo del Seguro del Estado, indique el número del caso: _____ ¿Ha solicitado en algún momento beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado o cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desde: Mes__ Día __ Año__ Hasta: Mes__ Día__ Año__.			
19. ¿Está, o estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, indique: _____			
Nombre del Hospital	Fecha de la hospitalización:	Diagnóstico:	Número de Récord:
1. _____	Mes _____ Día _____ Año _____	_____	_____
2. _____	Mes _____ Día _____ Año _____	_____	_____

AVISO IMPORTANTE

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

Fecha

¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA?

Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes

Autorizo a Triple-S Vida a realizar entradas a mi cuenta bancaria personal por el importe de pago de los beneficios reclamados para la(s) póliza(s) de Triple-S Vida que poseo o soy beneficiario. Cualquier cambio de cuenta u orden particular para revocar esta autorización, entiendo debo someterla por escrito con treinta (30) días de anticipación. Favor incluir copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial.

Nombre y Sucursal del Banco

Número de ruta y tránsito

Número de cuenta bancaria

Nombre del Titular de la cuenta

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

Correo Electrónico (E-mail)

Firma Autorizada

Fecha de autorización

Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).

