

## SOLICITUD DE CAMBIOS PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

I. DIRECCIÓN Y TELÉFONO (indicar su nueva dirección y/o teléfono)							
DIRECCIÓN POSTAL (Urbanización/PO Box, Barrio, Calle, Número)		CIUDAD	PAÍS	CÓDIGO POSTAL			
DIRECCIÓN FÍSICA (Urbanización, Barrio, Calle, Número)		CIUDAD	PAÍS	CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONOS:	RESIDENCIAL ( )	TRABAJO ( )	CORREO ELECTRÓNICO:				
II. CUBIERTAS SOLICITADAS							
CÓDIGO PLAN				Individual	Padre /Madre Soltera	Matrimonio/ Pareja	Familiar
	Cambio de Plan Básico de: _____ \$ _____ A: _____ \$ _____						
Z8QA	MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y CONVALECENCIA (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						
Z8DHI	BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN Y CONVALECENCIA 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						
Z8DDI	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						
Z8DJI	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						
Z8DG	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						
Z8DT	TRASPLANTE DE ÓRGANOS (ETO-1009-282) <input type="checkbox"/> AÑADIR SUPLEMENTO <input type="checkbox"/> ELIMINAR SUPLEMENTO						
Z8DC	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						
Z8DM	1ER. DIAGNÓSTICO DE ATAQUE AL CORAZÓN (EPAC-0609-277) (\$1,000 - \$13,000) \$ _____ <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			
IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES – (Si está incluyendo dependientes, favor contestar preguntas en el Recuadro de Evidencia de Asegurabilidad)							
NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE			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 de Deducción Nómina)		<input type="checkbox"/> MENSUAL DÉBITO BANCARIO (Favor incluir cheque nulo u hoja de ahorro y completar autorización de débito bancario)			
AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO BANCARIO PARA PAGO DE PRIMA PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS							
Autorizo a <b>Triple-S Vida, Inc.</b> , a debitar de mi cuenta bancaria, la cantidad de \$ _____ o menos como pago de las primas para mi póliza de Cáncer y Enfermedades Temidas. Banco: _____ Número de Ruta: _____							
Tipo Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro Número de Cuenta: _____ Día de Descuento: _____							
Firma: _____ Fecha: _____							

SOL-0513-270 (R-0115)

### 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 <b>Triple-S Vida, Inc.</b> Esta autorización cancela cualquier autorización anterior para deducción por nómina por concepto de otro plan de seguro similar con la compañía _____ por \$ _____.			
Nombre y Apellidos del Empleado (en letra de molde)		Número de Seguro Social	Número de Empleado
Programa o Departamento		División	
Firma del Solicitante		Fecha	

VII. **RECUADRO DE EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD**

**OCUPACIÓN ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**SI TIENE LAS CUBIERTAS DE CÁNCER, HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, CUIDADO INTENSIVO O TRASPLANTE DE ÓRGANOS, 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 hábito?.....  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 esta 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 cardíaco, insuficiencia coronaria, alta presión, dolores de pecho, angina, enfermedades coronarias, soplos, convulsiones, desmayos, ataques isquémicos momentáneos?.....  Sí  No
6. ¿Practicó, practica o espera practicar algún pasatiempo, deporte o actividad peligrosa?.....  Sí  No

**DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, CIRCULE LA CONDICIÓN Y PROVEA LOS DETALLES A CONTINUACIÓN:**

FECHA DEL DIAGNÓSTICO	NOMBRE DE LA PERSONA	PADECIMIENTO Y DETALLES	MÉDICO QUE LE ATENDIO Y DIRECCIÓN

Certifico que la información aquí suministrada por mí es cierta y completa a mi mejor entendimiento, y que ni a mí, ni a ninguno de mis **dependientes elegibles**, les ha sido diagnosticado o tratado cáncer, ni se nos ha recomendado someternos 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, excepto (si alguno, indíquelo así) \_\_\_\_\_ quien ha de ser excluido de cualquier cubierta de Tratamiento de Cáncer.

No tengo conocimiento de que tenga problemas o padecimiento de espalda, alta presión, asma, diabetes, epilepsia o condición relacionada. Tampoco yo, ni ninguno de mis **dependientes elegibles**, hemos sido tratados como una víctima de problemas o padecimientos de medula ósea, riñón, páncreas, hígado, pulmón, ataque al corazón, condición al corazón, problema del corazón o de alguna anomalía del corazón con anterioridad a esta fecha, excepto (si alguno, indíquelo así) \_\_\_\_\_, quien ha de ser excluido de cualquier cubierta de beneficios de Cuidado Intensivo, Hospitalización por Enfermedad o Trasplante de Órganos de Triple-S Vida, Inc.

Certifico además que he leído, o me ha sido leída 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 entrara en vigor hasta que esta solicitud sea aprobada y las primas adeudadas pagadas.**

Por la presente, autorizo a cualquier médico autorizado, practicante de medicina, clínica, hospital o cualquier institución médica relacionada con la medicina, compañía de seguros 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 dar la misma a Triple-S Vida, Inc., y a sus reaseguradores y dar testimonio de la misma hasta donde lo permite la ley. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

**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 perdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o perdida, 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	