

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD

ASEGURADO					
Nombre del Asegurado			Seguro Social		Núm. Póliza
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial			/ /		
Nombre del Paciente			Seguro Social		Fecha Nacimiento
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial			/ /		Mes Día Año
Parentesco		Teléfono		Tel. Residencial	
Dirección Postal Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad País Zona Postal	
Dirección Residencial Urb,		Número / Calle		Ciudad País Zona Postal	

MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Revise su póliza, identifique las pruebas preventivas mencionadas en la cláusula Mantenimiento de Buena Salud. Someta el resultado negativo de la prueba preventiva mencionada en su póliza de cáncer:

- Mamografías
- Papanicolaou
- Sonomamografía
- Colonoscopia
- Antígeno específico de la próstata (PSA)
- Otros con propósito similar: _____

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.**

- Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta.
- Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió.

Firma del Asegurado Primario

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).