

SOLICITUD PARA CAMBIO O CORRECCION DE POLIZA - DÉBITO

I. <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> DUEÑO <input type="checkbox"/> TENEDOR						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	
					Número Seguro Social	
					/ /	
Números de las Pólizas					Teléfono:	
1.	2.	3.				
II. CAMBIO O CORRECCION EN LA CUBIERTA DE CANCER						
Cambio de Plan Básico De: \$ _____ A: \$ _____						
CÓDIGO PLAN					Individual	Padre /Madre Soltera
					Matrimonio/ Pareja	Familiar
[Z8ZU-Z8LV]	AUMENTO DE BENEFICIO POR UNIDADES SABU-0715-352 <input type="checkbox"/> 1.5 Unidades <input type="checkbox"/> 2.0 Unidades <input type="checkbox"/> Aumentar Beneficio <input type="checkbox"/> Reducir Beneficio <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento (2018-2020)					
[Z8LT]	TRASPLANTE DE ÓRGANOS ETO-1009-282 <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8LA]	MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE Y CONVALESCENCIA EMAHC-0609-278 Suma Principal: \$ _____ Indemnización Mensual \$ _____ <input type="checkbox"/> Aumentar Beneficio <input type="checkbox"/> Reducir Beneficio <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8LH]	HOSPITALIZACIÓN Y CONVALESCENCIA DEBIDO A ENFERMEDAD EHEC-0609-280 Unidades: _____ <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					
[Z8LJ]	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					
[Z8LG]	TRATAMIENTO MÉDICO POR QUEMADURAS, FRACTURAS Y EMERGENCIA POR ACCIDENTE EQFE-0609-275 <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8LC]	1ER. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EPDC-0609-276 [\$1,000 - \$20,000] \$ _____ <input type="checkbox"/> Aumentar Beneficio <input type="checkbox"/> Reducir Beneficio <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8LM]	1ER. DIAGNÓSTICO DE ATAQUE DE CORAZÓN EPAC-0609-277 [\$1,000 - \$10,000] \$ _____ <input type="checkbox"/> Aumentar Beneficio <input type="checkbox"/> Reducir Beneficio <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8ZR]	PAGO ÚNICO PARA TRATAMIENTO RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, TERAPIA EXPERIMENTAL SPUR-0816-363 [\$1,000 - \$50,000] \$ _____ <input type="checkbox"/> Aumentar Beneficio <input type="checkbox"/> Reducir Beneficio <input type="checkbox"/> Añadir Suplemento <input type="checkbox"/> Eliminar Suplemento					
[Z8Z1]	HOSPITALIZACIÓN POR 24 HORAS DEBIDO ACCIDENTE SHVA-0715-350 \$ _____ [\$1,000 - \$1,500 - \$2,000] <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. CAMBIO EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO						
Incluya los documentos necesarios que prueben el cambio, excepto cuando dicho cambio se deba a que el nombre aparece mal escrito en la póliza						
Nombre Anterior:			Nombre Nuevo:			
Motivo:						
IV. CAMBIO DE DUEÑO O TENEDOR DE PÓLIZA <input type="checkbox"/> DUEÑO <input type="checkbox"/> TENEDOR DE PÓLIZA						
Nombre Anterior:			Nombre Nuevo:			
Motivo:						
V. CORRECCION DE EDAD EN LA FECHA DE EMISION						
Edad anterior:			Edad correcta:			
CERTIFICO que el día ____ de _____ de _____, es la fecha correcta de mi nacimiento. Incluyo un original de _____ como evidencia de dicha fecha de nacimiento.						
De acuerdo con lo anterior, solicito que:						
<input type="checkbox"/> Me indiquen la cantidad que debo pagar para mantener el mismo Monto del Seguro; <input type="checkbox"/> Me devuelvan la cantidad pagada en exceso; <input type="checkbox"/> Ajusten el Monto del Seguro de acuerdo con la edad correcta para mantener en vigor la misma prima pagada.						
VI. AJUSTE EN PRIMA O MONTO DE SEGURO POR EDAD ERRONEAMENTE EXPRESADA						
Fecha anterior:			Fecha nueva:			
Motivo:						
Si la edad para seguro cambia, agradeceré que:						
<input type="checkbox"/> Ajusten la prima correspondiente y facturen o devuelvan la diferencia <input type="checkbox"/> Ajusten el Monto del Seguro de acuerdo con la nueva edad.						
VII. CAMBIO EN PRIMA Y MONTO DE SEGURO						
Plan anterior:			Plan nuevo:			
La prima deberá ser ajustada de \$ _____ a \$ _____ y el Monto de Seguro, de \$ _____ a \$ _____. Me comprometo a someter cualquier evidencia de asegurabilidad necesaria, además de la que someto con esta solicitud, y cualquier otro requisito, no más tarde de 30 días después de la fecha de esta solicitud.						
VIII. <input type="checkbox"/> INCLUIR ASEGURADO ADICIONAL <input type="checkbox"/> ELIMINAR ASEGURADO ADICIONAL <input type="checkbox"/> INCLUIR DEPENDIENTE* <input type="checkbox"/> ELIMINAR DEPENDIENTE						
Incluya documentos necesarios que prueben el cambio: Certificado de Matrimonio, Certificado de Nacimiento, etc.						
NOMBRE		PARENTESCO		FECHA DE NACIMIENTO		
NUMERO SEGURO SOCIAL						
1.						
2.						
3.						
4.						

Autorizo a **TRIPLE-S VIDA, INC.**, a efectuar los siguientes cambios en las pólizas arriba indicadas.

CERTIFICO que ninguna de las pólizas en las cuales solicito algún cambio, está cedida a ninguna persona, excepto como se explica arriba; ni esta como garantía de préstamo o deuda alguna. Tampoco se ha comenzado sobre mi persona ningún procedimiento de bancarrota.

Firmado en _____ Puerto Rico, hoy, día _____ de _____ de 20____.

_____ FIRMA DEL CESIONARIO	_____ FIRMA DEL ASEGURADO
_____ FIRMA DEL BENEFICIARIO (Si es irrevocable)	_____ FIRMA DEL DUEÑO (Si es diferente del asegurado)
_____ Testigo	Dirección del Dueño: _____ _____ _____
_____ Representante Autorizado	_____ _____

Débito o Número _____

IX. Dependiente(s) que está añadiendo en esta póliza:

1. ¿Se le ha rechazado alguna póliza de seguro de vida o de salud?..... Sí No
2. ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento de algún miembro de la profesión médica por algún desorden de deficiencia inmunológica, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), ARC (Complejo relacionado con SIDA) o ha dado positivo para anticuerpos al virus del SIDA?..... Sí No
3. Durante los últimos cinco años, ¿ha recibido tratamiento o ha tenido o se le ha recomendado examen médico, laboratorios o biopsias con el propósito de diagnosticar alguna de las siguientes condiciones?
 - a. Alta presión arterial..... Sí No
 - b. Cáncer interno o melanoma..... Sí No
 - c. Enfermedad del sistema cardiovascular..... Sí No
 - d. Problemas circulatorios crónicos..... Sí No
 - e. Enfermedad del riñón o sistema urinario..... Sí No
 - f. Enfermedades mentales o del sistema nervioso..... Sí No
 - g. Adicción a drogas o alcoholismo..... Sí No
 - h. Diabetes..... Sí No
 - i. Desordenes respiratorios..... Sí No
 - j. Virus de la Influenza Tipo A Sí No
 - k. Cualquier otra condición que no se ha mencionado..... Sí No

Si contesta "Sí" alguna de las preguntas anteriores indique:

Nombre de la persona	Condición	Fecha	Nombre y dirección de médico
		M/____ A/____	
		M/____ A/____	

CERTIFICO que el Representante Autorizado personalmente me hizo todas las preguntas y que todas las contestaciones suministradas por mí han sido registradas correctamente. **ENTIENDO** que la cubierta de la póliza entrará en vigor en la fecha específica en el Cuadro del Seguro como fecha de vigencia, o al recibo de la primera prima, lo que ocurra primero.

_____ Firma del Asegurado Propuesto	_____ Fecha	_____ Firma del solicitante (Si no es el Asegurado Propuesto) o la firma del testigo de la marca y su dirección)
_____ Firma del Representante Autorizado	_____ Núm. del Representante Autorizado	_____ Firma del Asegurado Propuesto o Dueño

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 Oficinal 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: _____