

SOLICITUD PARA REHABILITACION DE POLIZA

Asegurado:	Póliza Núm.:
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal	Teléfono () Seguro social / /

Correo electrónico:

TIPO DE SEGURO

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Universal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por Incapacidad | <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ |

Las representaciones hechas abajo aplican a **CADA PERSONA** que sería asegurada en esta póliza, si se rehabilita: El **ASEGURADO**, **OTRAS PERSONAS ASEGURADAS** e **HIJOS DEL ASEGURADO**, si aplica, y al **PAGADOR**, si tiene el beneficio de Pagador.

IMPORTANTE: Para solicitar una rehabilitación, **LAS PREGUNTAS 1, 2, 3, 4 DEBEN CONTESTARSE PARA TODO TIPO DE POLIZA Y SE DEBEN DAR DETALLES DE TODAS LAS CONTESTACIONES AFIRMATIVAS.**

A su mejor saber y entendimiento:

1. En los pasados cinco años (o el periodo desde la fecha de la póliza, el que sea más corto) a alguna de las personas que estarían aseguradas en esta póliza (incluso el Pagador, si se está solicitando la rehabilitación de ese beneficio), si ésta se rehabilita:

	Asegurado Primario		Otro / Cónyuge		Hijos	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
A. ¿Se le ha denegado, pospuesto, o se le ha cargado una prima adicional para un seguro de vida, de vida universal, de ingreso por incapacidad o de cáncer, o se le ha ofrecido una póliza diferente de la que solicito, o se le ha denegado la rehabilitación o renovación de dicho seguro? (Si contesta "SI", explique.....)						
B. ¿Ha estado en un hospital, clínica o institución para examen, observación, diagnóstico, operación o tratamiento; o ha sido tratado o examinado por otros médicos o profesionales de la salud?						
2. ¿Actualmente, alguna persona cubierta bajo esta póliza está recibiendo tratamiento por alguna anomalía, deformidad, enfermedad o trastorno?						
3. ¿Alguna persona cubierta bajo esta póliza ha solicitado o actualmente recibe beneficios por incapacidad de alguna otra fuente?						
4. Durante los pasados diez años (o el periodo desde la fecha de la póliza, el que sea más corto):						
A. ¿se le ha sometido a algún examen médico, pruebas de laboratorios u otras consultas médicas no mencionadas anteriormente?						
B. ¿se le ha diagnosticado, está o ha estado en tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por el Complejo de Síntomas Relacionados con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés)						
C. ¿padece o ha padecido, o tiene o ha tenido uno a más de los siguientes síntomas?						
1) pérdida de peso inexplicada.						
2) fiebre inexplicada;						
3) tos persistente no relacionada con el cigarrillo ni el catarro;						
4) sudores nocturnos;						
5) lesiones en la piel, boca o recto;.....						
6) agrandamiento de Nódulos Linfáticos; o						
7) diarreas inexplicadas						

ESCRIBA AQUI LOS DETALLES de las respuestas **AFIRMATIVAS** para las preguntas 1, 2, 3, 4. Indique nombre de las personas, enfermedad o lesión, fechas, resultados de tratamientos, nombres y direcciones de cada médico y hospital. (Use el reverso si necesita más espacio)

5. ¿Usted ha usado productos de tabaco en los últimos 36 meses? SI NO ¿En los últimos 12 meses? SI NO
 Forma de tabaco: Cigarrillos Pipa Cigarros Otros: _____
6. ¿Algún asegurado adicional ha usado productos de tabaco en los últimos 36 meses? SI NO ¿En los últimos 12 meses? SI NO
 Forma de tabaco: Cigarrillos Pipa Cigarros Otros: _____

SI SOLICITA REHABILITACION DE UNA PÓLIZA O BENEFICIO DE INGRESO POR INCAPACIDAD, TAMBIÉN LLENE LO SIGUIENTE

7. A. ¿Trabaja el asegurado activamente y a tiempo completo? SI NO
- B. Ocupación _____ Obligaciones _____ Ingreso Anual \$ _____
- C. Actualmente, ¿recibe ingresos por incapacidad de alguna fuente? SI NO. Si recibe, indique la fuente: _____
- D. Si la persona nombrada como el asegurado se incapacita, indique la cantidad total del ingreso por incapacidad pagadero cada mes de todas las otras fuentes **excepto esta póliza.**
- Todas las pólizas de Seguros Individuales..... Ninguna o \$ _____ Mensual
- Todas las pólizas de Seguros Grupales..... Ninguna o \$ _____ Mensual
- Todas las otras..... Ninguna o \$ _____ Mensual

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La información personal puede obtenerse de otras personas además de usted. Dicha información, subsecuentemente obtenida por nosotros o por nuestro agente, puede en algunas circunstancias ser revelada a terceras partes sin autorización. Usted tiene el derecho a tener acceso y hacer correcciones con respecto a toda la información personal obtenida. Se le dará, a petición, un aviso detallado del uso de la información.

Ley Pública 91-508

Como parte de nuestro procedimiento para evaluar su solicitud de seguro, podría prepararse un informe de investigación del consumidor en el cual se obtendrá a información por medio de entrevistas personales con sus vecinos, amigos y otras personas con las cuales usted se relaciona. Esta investigación incluye información sobre su carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Usted tiene el derecho a hacer una petición por escrito dentro de un periodo razonable de tiempo para recibir información adicional y detallada acerca de la naturaleza y alcance de esta investigación.

AVISO IMPORTANTE

Se acuerda que esta póliza no se rehabilitará y que no tendremos ninguna responsabilidad (únicamente devolver los pagos hechos consecuentemente por esta solicitud, sin intereses) hasta: 1) que se haya pagado todo el dinero requerido para la rehabilitación de esta póliza; y 2) que esta solicitud haya sido aprobada por nosotros en nuestra Oficina Principal durante la vida de todas las personas que estarían aseguradas en esta póliza si se rehabilita. Se acuerda que la fecha de rehabilitación será como sigue: 1) la fecha de nuestra aprobación de la solicitud de rehabilitación en todos los seguros de vida (que no sean de vida universal), de ingreso por incapacidad y de cáncer; o 2) el primer día del aniversario mensual en o después de la fecha de nuestra aprobación de la solicitud de rehabilitación del seguro de vida universal. Además, se acuerda que la rehabilitación de esta póliza, si la concedemos, será impugnabile por fraude o por representaciones erróneas de cualquier hecho material establecido en, o relacionada con, esta solicitud, **por dos años después de la Fecha de la Rehabilitación**. En el caso de una póliza de vida (que no sea de vida universal) deben pagarse todas las primas vencidas. En el caso de una póliza de vida universal, debe pagarse la deficiencia en prima mínima hasta la fecha de rehabilitación, de ser aprobada, más un mínimo de primas suficiente para mantener la póliza en vigor por dos meses. En el caso de una póliza de ingreso por incapacidad o de cáncer, cualquier prima aceptada con relación a una rehabilitación se aplicará a un periodo por el que no se hayan pagado primas anteriormente, pero nunca por un periodo mayor de 60 días anteriores a la fecha de rehabilitación.

El procedimiento de evaluación y clasificación de riesgos es necesario para asegurar y proveer un mecanismo por medio del cual los Dueños de la póliza pagarán el costo. Al evaluar su solicitud, se toma en consideración la información de varias fuentes, incluso sus declaraciones, los resultados de su examen físico (si se requiere), y cualquier informe que obtengamos de médicos o instituciones médicas en las que ha sido atendido.

La información relacionada con su asegurabilidad será confidencial. Nosotros, o nuestros reaseguradores, sin embargo, podemos preparar un informe breve al respecto al Negociado de Información Médica (NIM), una corporación sin fines de lucro, que opera como un intercambio de información. Si usted solicita una cubierta de seguro de vida o salud a otra compañía afiliada al Negociado, o somete una reclamación de beneficios a dicha compañía, el Negociado, a petición, suplirá a dicha compañía la información que tenga en sus archivos.

Al recibir una petición suya, el Negociado revelará cualquier información que haya en sus archivos (la información médica se revelará solo a su médico). Si usted duda de la exactitud de la información en los archivos del Negociado, puede comunicarse con ellos y hacer las correcciones de acuerdo con los procedimientos expuestos en el "Fair Credit Reporting Act" Federal. La dirección de la oficina de información del Negociado es: Post Office Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112, Teléfono (617) 426-3660. Nosotros o nuestros reaseguradores, también podemos revelar información de nuestros archivos a otras compañías de seguro de vida a las que sometió una reclamación.

"Usted" y "su" significa el propietario de la póliza y el asegurado, si es diferente del propietario, y los otros asegurados. "Nosotros, "Nos" y "Nuestro" significa **Triple-S Vida, Inc.**, San Juan, Puerto Rico.

Las representaciones arriba mencionadas son ciertas a mi mejor saber y entendimiento. Todas las personas que solicitan la rehabilitación adoptan, como suyas, dichas representaciones.

Ley 230 del 9 de agosto de 2009

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro 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.

AUTORIZACION

Por medio de este formulario autorizo a cualquier: 1) médico con licencia; 2) médico practicante; 3) clínica; 4) hospital u otra institución médica o médicamente relacionada; 5) compañía de seguros; 6) el Negociado de Información Médica (NIM); 7) otra persona, organización, o institución que tenga algún expediente o conocimiento sobre mí (nosotros) o mi (nuestra) salud, a dar a **Triple-S Vida, Inc.**, o a sus reaseguradores, cualquier información y a testificar en relación con dicha información, hasta donde lo permita la ley. Entiendo que la información obtenida con este formulario será usada por **Triple-S Vida, Inc.**, o por sus reaseguradores, para determinar mi (nuestra) elegibilidad para el seguro. Puedo pedir una copia de esta autorización. Una fotocopia de este formulario es válida. Este formulario estará en vigor por dos años y seis meses desde la fecha indicada más abajo.

_____	_____	_____
Firma del Dueño de la póliza (Es obligatoria)	Fecha	Testigo
_____	_____	_____
Firma del Asegurado, si es diferente del Dueño de la Póliza o uno de los padres, si el Asegurado es un menor.	Fecha	Testigo

Firma del Asegurado Adicional		

PARA USO DE LA OFICINA PRINCIPAL

INFORME DEL GERENTE (Si es una póliza de M.D.O.)

Débito Núm. _____ Página Núm. _____ Plan _____ Prima \$ _____ Fecha _____

CANTIDAD DEPOSITADA CON LA SOLICITUD PARA REHABILITACION: \$ _____

Firma del Gerente _____ Distrito _____