



Trans-Oceanic Life Insurance Company

#3 Munet Court, Pueblo Viejo, PO Box 363467, San Juan, PR 00936-3467
Tels. (787) 620-2700 * Fax (787) 620-2713 * TOLL FREE 1-800-981-8662
http://www.tolic.com * E-mail: servicioalcliente@tolic.com

SOLICITUD DE REINSTALACION PLAN SUPLEMENTARIO DE SALUD

Por la presente solicito la reinstalación de mi(s) póliza(s) número _____
_____, sujeto a las disposiciones de las mismas y las políticas de Tolic, seguro social
_____, a nombre de _____

Indique si usted o algún miembro de su familia, ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimiento de:

1. ¿Cáncer, o se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba tendientes a descubrir un posible tumor maligno, leucemia? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles: fecha, padecimiento, condición actual). _____
2. ¿Accidente, fractura, dislocación o quemadura después de la fecha de emisión de esta póliza o ha sido diagnosticado o sugerido tratamiento u hospitalización por alguna enfermedad? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles: fecha, padecimiento, condición actual, en caso de quemadura indicar el grado). _____
3. ¿Problema o padecimiento de ataque cardíaco, insuficiencia coronaria u otro trastorno del corazón, alta presión, diabetes o algún trastorno del páncreas, nefritis, piedra en los riñones, cálculo renal, enfisema, tuberculosis pulmonar, pleuresía, asma, bronquitis, o algún trastorno pulmonar? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, circule la condición y dé detalles). _____
4. ¿Problema o padecimiento de espalda, espina dorsal, cuello, epilepsia o alguna condición emocional? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles) _____
5. ¿Recomendado hospitalización por algún motivo o ha sufrido o se le ha recomendado una operación quirúrgica durante los últimos cinco años? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles) _____

Si usted ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas arriba indicadas las cubiertas solicitadas estarán sujetas a aprobación de acuerdo a los requisitos de elegibilidad de la Compañía.

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y 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 o 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.

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.

Fecha en _____, el _____ de _____ de _____.

Testigo

Firma Propuesto Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑIA SOLAMENTE

Firma de un Oficial de la Compañía

Fecha