

SOLICITUD PARA AÑADIR DEPENDIENTES EN EL PLAN SUPLEMENTARIO DE SALUD

Nombre del Asegurado _____ Núm. Seguro Social _____

Nombre del Patrono _____ Núm. Pólizas _____

PLAN FAMILIAR: Incluir en mis pólizas (Cubierta Familiar como Dependiente) a:

Nombre	Fecha Nac.	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Indique si alguno de los dependientes arriba indicados, 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 o 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. Ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, u otro trastorno cardiovascular; derrame cerebral, apoplejía ("CVA"), alta presión, diabetes o algún trastorno del hígado, páncreas, nefritis, piedra en los riñones, cualquier otro trastorno de los riñones, o alguna condición del sistema respiratorio Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, circule la condición y dé detalles). _____
4. Espalda, espina dorsal, cuello, radiculopatía, artritis, reumatismo, condiciones músculo esquelétales, enfermedad de los huesos, o algunas otras condiciones relacionadas? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles) _____
5. Epilepsia, enfermedades del sistema nervioso, trastornos emocionales o condiciones relacionadas Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles). _____
6. Enfermedades de los órganos reproductivos. Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles) _____
7. ¿ Ha sido usted o algún miembro de su familia tratado por un médico, hospitalizado por algún motivo o ha sufrido operación quirúrgica durante los últimos cinco años? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo, dé detalles) _____
8. ¿Se encuentra usted o algún miembro de su familia recibiendo beneficio o algún tipo de pensión por incapacidad? Sí ___ No ___ (Si es afirmativo especifique: Condición _____
Fecha de Incapacidad _____ Grado de Incapacidad _____ Institución _____

Si ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas, la elegibilidad estará sujeta a las normas de Suscripción.

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. Fechado en _____, el _____ de _____ de _____.

_____ Testigo

_____ Firma Propuesto Asegurado

PARA USO DE LA COMPAÑIA SOLAMENTE

(Enmienda o Exclusión)

_____ Firma de un Oficial de la Compañía

_____ Fecha



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 ENMIENDA Y SERVICIO

Núm. de Seguro Social _____ Núm. Pólizas _____

Nombre del Asegurado _____

CAMBIOS

CAMBIAR CUBIERTAS DE CANCER, TRASPLANTE DE ORGANOS, CUIDADO INTENSIVO A:

Individual _____ Familiar _____

CAMBIAR MODO DE PAGO A:

Trimestral _____ Semestral _____ Anual _____ Mensual por el banco _____ Tolic Direct _____ Mensual Nómina _____

CORREGIR NOMBRE DE: Asegurado _____ Dependiente _____ Beneficiario _____

COMO SIGUE: _____

Eliminar de las cubiertas Familiares a:

Muerte _____ Divorcio _____ Mayoría de Edad _____

Table with 3 columns: NOMBRE, EDAD, PARENTESCO. Includes four rows of blank lines for data entry.

X _____ ASEGURADO _____ FECHA _____ CONYUGE _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

APROBADA _____ OFICIAL DE LA COMPAÑIA

FECHA _____

OBSERVACIONES:

- 1. NO USE ESTA FORMA PARA CANCELAR POLIZAS. EL ASEGURADO TIENE QUE ENVIAR CARTA Y DEVOLVER LAS POLIZAS.
2. PARA AÑADIR DEPENDIENTES EN LAS POLIZAS DE CANCER, TRASPLANTE Y CUIDADO INTENSIVO, FAVOR DE COMPLETAR LAS PREGUNTAS AL DORSO DE ESTA SOLICITUD DE ENMIENDA Y SERVICIO.
3. PARA CAMBIAR LAS POLIZAS DE ENFERMEDADES CRITICAS, HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE, HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE CON SUS ENDOSOS DEBE COMPLETAR A TRAVES DE SU AGENTE DE SEGUROS UNA NUEVA SOLICITUD.

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.