

SOLICITUD DE ENMIENDA O SERVICIO

Nombre del Asegurado: _____ Seguro Social: _____
 Nombre del Pagador: _____ Seg Soc. Pagador: _____
 Dirección Postal: _____ Código Postal: _____
 Teléfonos: _____ Correo Electrónico (e-mail): _____

1	Para: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Beneficiario
Corrección de Nombre	Nombre Correcto: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Mes / Día / Año

2	Cambio de cubierta de Cáncer, Trasplante de Órganos y/o Cuidado Intensivo a: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padres/ Hijos
---	---

3	Razón: <input type="checkbox"/> Mayoría de edad <input type="checkbox"/> No está estudiando <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Personal												
Eliminar Dependiente(s)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">Nombre</th> <th style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 40%;">Parentesco</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco											
_____	_____ Mes / Día / Año	_____											
_____	_____ Mes / Día / Año	_____											
_____	_____ Mes / Día / Año	_____											

4	<input type="checkbox"/> Pago Directo: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Transferencias Electrónicas*: <input type="checkbox"/> Mensual (COM) <input type="checkbox"/> TOLIC-Direct <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Nómina de Patrono: (Indicar patrono): _____ <small>(Favor completar el formulario de Autorización de Descuento de Nómina)</small> *Favor completar la Autorización de Descuento Bancario
---	---

5	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 20%;">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 20%;">Parentesco</th> <th style="width: 30%;">Porcentaje(%)</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Beneficiario Contingente:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p><small>*El Beneficiario Principal recibirá el porcentaje arriba mencionado si vive; de otra manera el (los) beneficiarios contingente(s) recibirá(n) el porcentaje arriba mencionado, o el (los) sobreviviente(s).</small></p>	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje(%)	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje(%)																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____																										

6	Nombre Pagador Actual: _____ Seguro Social: _____ Nombre Nuevo Pagador: _____ Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Mes / Día / Año Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Teléfonos: _____ Dirección Postal: _____ Código Postal: _____ Patrono: _____ Relación con pagador actual: _____ Firma del Nuevo Pagador: _____
---	--

7	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 20%;">Nombre</th> <th style="width: 15%;">Fecha de Nacimiento</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 15%;">Parentesco</th> <th style="width: 15%;">Seguro Social</th> <th style="width: 25%;">Ocupación</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ Mes / Día / Año</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Indique si alguno de los dependientes arriba indicados, ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ 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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ 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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ Espalda, espina dorsal, cuello, radiculopatía, artritis, reumatismo, condiciones musculoesqueléticas, enfermedad de los huesos, o algunas otras condiciones relacionadas. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ Epilepsia, enfermedades del sistema nervioso, trastornos emocionales o condiciones relacionadas. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ Enfermedades de los órganos reproductivos. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ ¿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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ ¿Se encuentra usted o algún miembro de su familia recibiendo beneficio o algún tipo de pensión por incapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ <p>*Si ha contestado en afirmativo a cualquiera de estas preguntas, la elegibilidad estará sujeta a las normas de Suscripción.</p>	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____	_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación																				
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____																				
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____																				
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____																				

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.
 Fechado en _____, el Día de _____ Mes de _____ Año.

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.

X _____ Mes / Día / Año
 FIRMA ASEGURADO FECHA Firma de Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____ Fecha: _____
(Firma de un Oficial de la Compañía)