

<b>PATRONO</b>	1. Nombre de la Compañía	2. Código de Cliente	2.1 Localización	3. Clasificación del Empleado	4. Ingreso Anual					
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completo con este patrono Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. Fecha de Empleo Día Mes Año	7. Ocupación		8. Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
<b>EMPLEADO</b>	9. Apellidos <span style="float: right;">Nombre</span>		10. Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro _____		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año					
<b>14 CUBIERTAS SOLICITADA</b> <input type="checkbox"/> Vida Básico  <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento  <b><u>VOLUNTARIOS:</u></b>  <b><u>SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO</u></b> <input type="checkbox"/> _____ Veces Salario Anual <input type="checkbox"/> Cantidad Fija  <b><u>SEGURO PARA DEPENDIENTES</u></b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos  <b><u>SEGURO DE INCAPACIDAD</u></b> <input type="checkbox"/> A Largo Plazo (LTD) <input type="checkbox"/> A Corto Plazo (STD)  <b><u>ACCIDENTAL VOLUNTARIO</u></b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	12. Dirección Postal <span style="float: right;">Zona Postal</span> <span style="float: right;">Teléfono</span>	<b>DESIGNACION DE BENEFICIARIOS</b>			13. Número de Seguro Social / /					
	15. Por la presente autorizo a <b>Triple-S Vida, Inc.</b> , que designe en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:									
	<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>	<u>Cantidad %</u>						
				_____						
				<u>100%</u>						
<b>SEGURO PARA DEPENDIENTES</b>										
16. Enumere dependientes elegibles que desea asegurar: cónyuge e hijos menores de 19 años ó 23 si estudian a tiempo completo.										
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>							
<b>ADVERTENCIA DE FRAUDE: LA LEY NUM. 18 DE 8 DE ENERO DE 2004 ADVIERTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O, QUE PRESENTARE, AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, O PRESENTARE MAS 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 TERMINO 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."</b>										
17. Certifico que las aseveraciones antes hechas son ciertas y completas. Autorizo a mi patrono a hacer las deducciones de mi salario para las aportaciones necesarias, si algunas, para las cubiertas solicitadas.										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Firma</td> <td style="text-align: center; border: none;">Fecha</td> <td style="text-align: center; border: none;">Testigo de la Firma</td> </tr> </table>					_____	_____	_____	Firma	Fecha	Testigo de la Firma
_____	_____	_____								
Firma	Fecha	Testigo de la Firma								
<b>TABLA DE CUBIERTAS ACCIDENTAL VOLUNTARÍA</b>  Los beneficios de los dependientes como porcentaje (%) de la suma principal son: (1) Cónyuge solamente <span style="float: right;">50%</span>  (2) Cónyuge e Hijos: Cónyuge <span style="float: right;">40%</span> Cada Hijo <span style="float: right;">10%</span>  (3) Hijos solamente: Cada Hijo <span style="float: right;">15%</span>										

**FORMULARIO PARA DETERMINACION DE PRIMA POR PAGAR**

Seguro de Vida Suplementario y Seguro para Dependientes

Sí, deseo la cubierta. ¿Cómo determino mi contribución?

**Cantidad de Seguro Suplementario Deseado:** \$ \_\_\_\_\_

Esta cubierta aplicará según las opciones que han sido aprobadas por **Triple-S Vida, Inc.**

\_\_\_\_\_ Veces el salario anual \$ \_\_\_\_\_  Cantidad fija \_\_\_\_\_

Cantidad Inicial de Seguro ..... \_\_\_\_\_

**Cantidad de Seguro Suplementario:**..... (a) \_\_\_\_\_

(Cantidad anterior dividida entre \$1,000)

Tarifa por cada \$1,000:..... (b) \_\_\_\_\_

**Cantidad de prima suplementaria mensual:**..... (c) \_\_\_\_\_

(línea (a) x línea (b))

**Cantidad de prima mensual por cubierta de Dependientes:**

Cónyuge..... (d) \_\_\_\_\_

Hijos..... (e) \_\_\_\_\_

Total de prima mensual:..... (f) \_\_\_\_\_

(línea (c) + línea (d) + línea (e))

**AUTORIZACION**

Yo, autorizo a mi patrono a deducir del pago de mi salario, la prima arriba indicada.

Bisemanal  Quincenal  Mensual

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PETICION DEL EMPLEADO ELIGIBLE PARA RECHAZAR CUBIERTAS**

Nombre completo con dos apellidos del empleado que rechaza las cubiertas:

Rechazo las cubiertas debido a la vigencia de otro seguro grupal para:

Mi Cónyuge  Mis Hijos  El Mío Propio

Se me han ofrecido las cubiertas disponibles para mí bajo este plan y rechazo adquirirlas en este momento. Comprendo que de solicitarlas en una fecha posterior, debo incurrir en los gastos de presentar evidencia satisfactoria de asegurabilidad y la compañía se reserva el derecho de rechazar o aceptar mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha