

Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

<b>PATRONO</b>	1. Nombre de la Compañía <b>SHRM - PR</b>	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 Nombre		10. Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro _____		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año									
	12. Dirección Postal Zona Postal		Teléfono		13. Número de Seguro Social / /									
<b>14 CUBIERTAS SOLICITADA</b> <input type="checkbox"/> Vida Básico <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento <b>VOLUNTARIOS:</b> <b>SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO</b> <input type="checkbox"/> _____ Veces Salario Anual <input type="checkbox"/> Cantidad Fija <b>SEGURO PARA DEPENDIENTES</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <b>SEGURO DE INCAPACIDAD</b> <input type="checkbox"/> A Largo Plazo (LTD) <input type="checkbox"/> A Corto Plazo (STD) <b>ACCIDENTAL VOLUNTARIO</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	<b>DESIGNACION DE BENEFICIARIOS</b>													
	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:													
	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre (completo con dos apellidos)</th> <th style="text-align: left;">Parentesco</th> <th style="text-align: left;">Cantidad %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"><u>100%</u></td> </tr> </tbody> </table>					Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad %			_____			<u>100%</u>
	Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Cantidad %											
			_____											
		<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.														
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre (completo con dos apellidos)</th> <th style="text-align: left;">Parentesco</th> <th style="text-align: left;">Fecha de Nacimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Fecha de Nacimiento							
Nombre (completo con dos apellidos)	Parentesco	Fecha de Nacimiento												
<b>TABLA DE CUBIERTAS ACCIDENTAL VOLUNTARÍA</b> Los beneficios de los dependientes como por ciento (%) de la suma principal son: (1) Cónyuge solamente 50% (2) Cónyuge e Hijos: Cónyuge 40% Cada Hijo 10% (3) Hijos solamente: Cada Hijo 15%														
<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.														
_____		_____		_____										
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>		<b>Testigo de la Firma</b>										