

Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

PATRONO	1. Nombre de la Compañía SHRM - PR	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"/>									
EMPLEADO	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 / /									
14 CUBIERTAS SOLICITADA <input type="checkbox"/> Vida Básico <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento VOLUNTARIOS: SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> _____ Veces Salario Anual <input type="checkbox"/> Cantidad Fija SEGURO PARA DEPENDIENTES <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos SEGURO DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> A Largo Plazo (LTD) <input type="checkbox"/> A Corto Plazo (STD) ACCIDENTAL VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	DESIGNACION DE BENEFICIARIOS													
	15. Por la presente autorizo a Triple-S Vida, Inc. , 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>												
SEGURO PARA DEPENDIENTES														
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												
TABLA DE CUBIERTAS ACCIDENTAL VOLUNTARÍA 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%														
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."														
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.														
Firma		Fecha		Testigo de la Firma										