

Empleado Activo



SP0004079

Hoja de Inscripción al Plan de Salud

Favor de completar TODOS los encasillados de este documento.

Número de Empleado	Número de Seguro Social	Género	Fecha de Nacimiento			Estado Civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>
Nombre del Empleado (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial)		Número de Teléfono Primario		Número de Teléfono Alterno			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Dirección Postal Línea 1		Dirección de Correo Electrónico (e-mail)					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Dirección Postal Línea 2		Fecha Comienzo en Empleo			Fecha Efectividad del Beneficio		
<input type="text"/>		Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Favor de seleccionar la cubierta que desea para usted y sus dependientes directos.

ASEC 1
 ASEC 2
 ASEC 4
 SERENITO 1
 SERENITO 2
 SERENITO 3

Use esta sección para añadir dependientes directos elegibles al Plan de Salud. Estos tendrán las mismas cubiertas que el empleado.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Seguro Social	Nombre y Apellido	Género	Parentesco (Ver leyenda)	Fecha Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Tiene otro plan médico o es beneficiario de	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Códigos de Parentesco: 02: Spouse 03: Child or Foster Child 04: Student Puerto Rico 05: Student US 06: Handicapped

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información antes provista es correcta y veraz. Reconozco además, que proveer información falsa o incorrecta podría conllevar no sólo la cancelación de mi póliza de plan de salud, sino la radicación de cargos criminales bajo las disposiciones aplicables de las leyes contra fraude.

X

Firma del empleado

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del Administrador

Fecha (Día/Mes/Año)

USO INTERNO SOLAMENTE

COD

LOCAL

Utilice la segunda página de este formulario si usted o alguno de sus dependientes tiene otro plan de salud (sección de Coordinación de Beneficios).

Nombre del Empleado (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial)

Número de Seguro Social

Use esta segunda página solo si va a incluir información relacionada a Coordinación de Beneficios. De lo contrario no debe completar ésta segunda página.

Sección COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB). Si usted o sus dependientes tiene otro Plan Médico, en adición al que su patrono le ofrece, debe completar esta sección y Formulario de COB.

Si usted o su cónyuge tiene otro Plan Médico indique: Nombre del Asegurado Principal del otro Plan			Compañía	Número de Póliza	Núm. COB	Código COB
<input type="checkbox"/> BASICA					Efectivo MM DD YY	Código Parent Dependent

CERTIFICO que la información en esta solicitud es correcta; que nunca, directa ni indirectamente, he presentado una reclamación o evidencia en apoyo de la misma, que sea falsa o fraudulenta, con el propósito de obtener su pago con arreglo a un contrato de seguros; y que autorizo a Triple-S Salud para que verifique tales hechos y tal Información y para que cancele mi seguro en caso de que lo antes certificado no sea cierto.

En caso de que la póliza sea cancelada asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que presten a cualquier miembro asegurado bajo la póliza, a partir de la fecha de cancelación; que al asumir tal responsabilidad no limito el derecho que tiene Triple-S Salud para tomar cualquier acción que en mi contra pueda ser iniciada conforme a la Ley.

Agradeceremos que nuevamente certifique en este recuadro cualquier información que haya colocado en esta segunda página sobre: sección de Coordinación de Beneficio. De lo contrario, no es necesario que vuelva a firmar esta sección de Certificación, solo certifique (firme) en la primera página."

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información antes provista es correcta y veraz. Reconozco además, que proveer información falsa o incorrecta podría conllevar no sólo la cancelación de mi póliza de plan de salud, sino la radicación de cargos criminales bajo las disposiciones aplicables de las leyes contra fraude.

X

Firma del empleado

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del Administrador

Fecha (Día/Mes/Año)

USO INTERNO SOLAMENTE

COD

LOCAL

ASEC
ASOCIACIÓN DE SERVICIOS
ESTADOUNIDENSES PARA COMERCIANTES

Información del Asegurados(as) o Grupo(s):

Nombre(s):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Número(s) de Contrato(s) o Grupo(s):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Teléfonos: Residencial (____) _____ - _____

Trabajo (____) _____ - _____ Correo Electrónico _____

Celular (____) _____ - _____

Información Bancaria:

Cuenta de Cheque

Cuenta de Ahorro

Nombre del Banco o Institución Financiera:

Número de Cuenta:

Nombre según aparece en el estado de cuenta del Banco:

Número de ruta y tránsito (ABA) (9 dígitos)

□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Elegir fecha de débito:

____ Débito entre los días 4 y 6 de cada mes (03)

____ Débito entre los días 19 y 21 de cada mes (09)

____ Débito entre los días 11 y 13 de cada mes (07)

____ Débito entre los días 27 y 29 de cada mes (99)*

*(NO DISPONIBLE PARA PÓLIZA GRUPAL)

Información Tarjeta de Crédito:



Número de Tarjeta:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito:

Fecha de expiración: ____ / ____

CVV: _____

Teléfonos:

Residencial (____) _____ - _____

Trabajo (____) _____ - _____

Celular (____) _____ - _____

Dirección donde recibe el estado de cuenta de la Tarjeta:

El cargo a la tarjeta de crédito se efectuará entre los días primero y décimo de cada mes.

Nota importante: Si la cuenta de banco o tarjeta de crédito no está a nombre del asegurado, es el poseedor de la cuenta o tarjeta quien debe firmar esta autorización.

Términos Aplicables:

1. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente o poseedor de la cuenta, quien concederá a Triple-S Salud y al Banco el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios, ser enviada por correo a Triple-S Salud Departamento de Crédito y Cobro, Apartado 363628, San Juan, PR 00936-3628 o vía facsímil al 787-774-4804 ó 787-749-4197.
2. De haber un cambio de cuenta bancaria, tarjeta de crédito o fecha de expiración de la tarjeta, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático.
3. Sus estados de cuenta serán el recibo de pago.
4. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Firma: _____

Fecha de Autorización: ____ / ____ / ____

NOTA: Seguro de Vida solo aplica a las cubiertas ASEC 1, ASEC 2 y ASEC 3



TRIPLE-S VIDA, INC.
PO BOX 363786
SAN JUAN, PR 00936-3786



Solicitud de Seguro de Vida

PATRONO	1. Nombre de la Compañía	2. Código del Cliente N/A	2.1 Localización N/A	3. Clasificación del Empleado N/A	4. Ingreso Anual N/A
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completo con este patrono. Sí <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	Zip Code	Teléfono	13. Número de Seguro Social	
14. Cubiertas Solicitadas <input checked="" type="checkbox"/> Vida <input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento	DESIGNACIÓN 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:				
	<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>

					100%
AVISO LA LEY NÚM. 18 DEL 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 FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO 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."					
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.					
_____		_____		_____	
Testigo de la Firma		Fecha		Firma	

A quien pueda interesar:

Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.

Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.

Sin otro particular quedo

Atentamente,

Nombre Asegurado

Fecha

Firma Asegurado

Plan Médico

Número de Seguro Social

Cubierta

Correo Electrónico