

Favor utilizar letra de molde. Todos los campos son requeridos.

Información del Asegurado Principal

1. Nombre del Asegurado Principal	2. E-Mail
3. Dirección Postal del Asegurado Principal	4. Teléfono

Información Bancaria Debe incluir copia de un cheque cancelado de dicha cuenta y/o otra evidencia bancaria que permita validar la cuenta.

1. Institución Financiera	2. Número de Ruta
3. Número de Cuenta	4. Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro

AUTORIZACIÓN

Por la presente solicito y autorizo a Trans-Oceanic Life Insurance Company (TOLIC) a enviar a mi persona el monto total de los beneficios reclamados bajo los términos y condiciones establecidos en mis pólizas, siempre y cuando mi reclamo sea elegible para pago. Autorizo que dicho pago se realice mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) a la cuenta de cheques o ahorros en la institución financiera indicada en este formulario. Además, consiento y autorizo a TOLIC a que lleve a cabo una solicitud de débito en caso de que hubiere realizado cualquier pago en exceso, pago por error o pago después de mi muerte, por lo que consiento y autorizo a la institución financiera designada en este formulario para que reembolse dicha cantidad a TOLIC. En el caso de que la cuenta bancaria provista en este Formulario sea una mancomunada o conjunta, esto es, que existan otros titulares de la cuenta además de mi persona, relevo y libero totalmente a TOLIC de responsabilidad sobre el pago de beneficios que realice de mis pólizas a través de dicha cuenta, si total o parcialmente el mismo fuere objeto de alguna acción de congelación y/o embargo de fondos; si total o parcialmente dicho pago de beneficios fuere retirado de la cuenta por cualquiera de los titulares de ésta; si total o parcialmente el referido pago no pudiese ser utilizado y/o retirado de la cuenta debido a órdenes judiciales que lo establezcan o por razón del fallecimiento de cualquiera de los titulares de la cuenta, así como por cualquiera otra situación que sea ajena a TOLIC.

Esta autorización para el pago de beneficios por depósito directo permanecerá en vigor hasta que: (1) TOLIC determine rescindirla y/o dejarla sin efecto; (2) TOLIC reciba y procese una notificación por escrito de mi persona dejándola sin efecto; o (3) la institución financiera indicada en esta autorización notifique por escrito a TOLIC su terminación. Cualquier cambio de cuenta bancaria u orden particular para revocar esta autorización, deberá ser sometida por escrito con no menos de cinco (5) días de anticipación. **Conjuntamente con esta autorización incluyo copia de un cheque cancelado de dicha cuenta y/o otra evidencia bancaria que permite validar que soy titular en la cuenta.** Reconozco que el mecanismo de pago por depósito directo representa un método enteramente discrecional provisto por TOLIC, para facilitar el pago de mi reclamo y que no tiene obligación de así hacerlo. Acepto por este medio que, si por cualquier motivo TOLIC no pudiese procesar el pago de mi reclamo de beneficios a la cuenta aquí indicada, el mismo me será remitido por cheque vía correo regular.

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.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante o Representante Legal

DD/MM/AAAA

Fecha