

SOLICITUD DE ENMIENDA O SERVICIO

Nombre del Asegurado: _____ **Seguro Social:** _____
Nombre del Pagador: _____ **Seg Soc. Pagador:** _____
Dirección Postal: _____ **Código Postal:** _____
Teléfonos: _____ **Correo Electrónico (e-mail):** _____

1
 Corrección de Nombre
 Para: Asegurado Dependiente Beneficiario
 Nombre Correcto: _____ Seguro Social: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Mes / Día / Año

2
 Cambio de Cubierta
 Cambio de cubierta de Cáncer, Trasplante de Órganos y/o Cuidado Intensivo a: Individual Familiar Pareja Padres/ Hijos

3
 Eliminar Dependiente(s)
 Razón: Mayoría de edad No está estudiando Divorcio Muerte Personal

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____ Mes / Día / Año	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____

4
 Cambio Modo de Pago
 Pago Directo: Mensual Trimestral Semestral Anual
 Transferencias Electrónicas*: Mensual (COM) TOLIC-Direct Tarjeta de Crédito
 Nómina de Patrono: (Indicar patrono): _____
 (Favor completar el formulario de Autorización de Descuento de Nómina)
 *Favor completar la Autorización de Descuento Bancario

5
 Cambio Designación de Beneficiario

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje(%)
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____

Beneficiario Contingente:
 _____ Mes / Día / Año

*El Beneficiario Principal recibirá el porcentaje arriba mencionado si vive; de otra manera el (los) beneficiarios contingente(s) recibirá(n) el porcentaje arriba mencionado, o el (los) sobreviviente(s).

6
 Cambio de Pagador
 Nombre Pagador Actual: _____ Seguro Social: _____
 Nombre Nuevo Pagador: _____ Seguro Social: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Mes / Día / Año Sexo F M Teléfonos: _____
 Dirección Postal: _____ Código Postal: _____
 Patrono: _____ Relación con pagador actual: _____
 Firma del Nuevo Pagador: _____

7
 Inclusión de dependiente

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____
_____	_____ Mes / Día / Año	_____	_____	_____	_____

Indique si alguno de los dependientes arriba indicados, ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimiento de:

- Cáncer, o se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba tendientes a descubrir un posible tumor maligno o leucemia. No Sí, Explique: _____
- Accidente, fractura, dislocación o quemadura después de la fecha de emisión de esta póliza o ha sido diagnosticado o sugerido tratamiento u hospitalización por alguna enfermedad. No Sí, Explique: _____
- Ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, u otro trastorno cardiovascular; derrame cerebral, apoplejía ("CVA"), alta presión, diabetes o algún trastorno del hígado, páncreas, nefritis, piedra en los riñones, cualquier otro trastorno de los riñones, o alguna condición del sistema respiratorio. No Sí, Explique: _____
- Espalda, espina dorsal, cuello, radiculopatía, artritis, reumatismo, condiciones musculoesqueléticas, enfermedad de los huesos, o algunas otras condiciones relacionadas. No Sí, Explique: _____
- Epilepsia, enfermedades del sistema nervioso, trastornos emocionales o condiciones relacionadas. No Sí, Explique: _____
- Enfermedades de los órganos reproductivos. No Sí, Explique: _____
- ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia tratado por un médico, hospitalizado por algún motivo o ha sufrido operación quirúrgica durante los últimos cinco años? No Sí, Explique: _____
- ¿Se encuentra usted o algún miembro de su familia recibiendo beneficio o algún tipo de pensión por incapacidad? No Sí, Explique: _____

***Si ha contestado en afirmativo a cualquiera de estas preguntas, la elegibilidad estará sujeta a las normas de Suscripción.**

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.
 Fechado en _____, el Día de _____ Mes de _____ Año.

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.

X _____ Mes / Día / Año
 FIRMA ASEGURADO FECHA Firma de Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____ Fecha: _____
 (Firma de un Oficial de la Compañía)