

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

Por la presente solicito, sujeto a las disposiciones y las políticas de TOLIC la reinstalación de la(s) Póliza(s) a nombre de \_\_\_\_\_ y pagaderas bajo el Seguro Social # \_\_\_\_\_, que quedaron al descubierto por falta de pago debido a la siguiente razón:

- Enfermedad  
  Incapacidad  
  Cambio de Empleo  
  Desempleo  
  Retiro  
  Cambio de cuentas  
  Económicas  
 Otro: \_\_\_\_\_

1. ¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimientos de Cáncer, Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque Cardíaco o alguna condición del corazón en los últimos cinco (5) años? Si contestó afirmativamente, indique quien(es) y la condición:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional ha sido tratado o se le ha diagnosticado por un médico licenciado cáncer o cáncer en la piel durante los últimos diez (10) años? Si contestó afirmativamente, indique quien(es) y la condición:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Usted ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento médico o lo han hospitalizado por Hepatitis C, Cirrosis de Hígado, Esclerosis Múltiple, HIV/SIDA, Fallo renal crónico o alguna enfermedad/condición médica que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores? Si contestó afirmativamente, indique quien(es) y la condición:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si usted ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas arriba indicadas las cubiertas solicitadas estarán sujetas a aprobación de acuerdo a los requisitos de elegibilidad de la Compañía.</b>	

De ser aprobada mi Solicitud de Reinstalación, solicito y autorizo a TOLIC a debitar el pago de la prima mensual (de acuerdo a mi periodicidad) de:

<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques (Corriente) <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro	Número de cuenta:	Número de ruta ABA:
Nombre de Institución Financiera:	Sucursal:	Día de transferencia:

<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express	Número de tarjeta:	Código de Seguridad (CVC):
Fecha de Expiración: MM/AAAA	Nombre en la tarjeta:	Día de transferencia:

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha <span style="float: right;">MM / DD / AAAA</span>

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

**AVISO IMPORTANTE**

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 un 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.

Testigo

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_