

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: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Beneficiario	Nombre Correcto:
Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	Seguro Social:

## 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: <input type="checkbox"/> Mayoría de edad <input type="checkbox"/> No está estudiando <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Personal		
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco

## 4. Cambio de 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 MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)

### Beneficiario Contingente:

Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Porcentaje (%)

\*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: MM / DD / AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Teléfonos:	
Dirección Postal:		Código Postal:	
Patrón:	Relación con Pagador Actual:	Firma del Nuevo Pagador:	

## 7. Inclusión de Dependiente

Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Edad	Parentesco	Seguro Social	Ocupación

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

1. 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.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
2. 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.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
3. 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.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
4. Espalda, espina dorsal, cuello, radiculopatía, artritis, reumatismo, condiciones musculoesqueléticas, enfermedad de los huesos, o algunas otras condiciones relacionadas.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
5. Epilepsia, enfermedades del sistema nervioso, trastornos emocionales o condiciones relacionadas.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
6. Enfermedades de los órganos reproductivos.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
7. ¿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?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Explique:
8. ¿Se encuentra usted o algún miembro de su familia recibiendo beneficio o algún tipo de pensión por incapacidad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Pagador

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Procesado por: \_\_\_\_\_  
(Firma de un Oficial de la Compañía)

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