

# Solicitud de Ingreso

Grupal  AXIS  Ley Cobra  Asociaciones y Colegios

PO Box 363628 SJ PR 00936-3628 • Tel. 787-774-6060

Este formulario debe recibirse en o antes de 10 días previo a la efectividad

**COMPLETE EL FORMULARIO POR AMBOS LADOS / SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS SIN PROCESAR**

**COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE / Antes de escribir en la forma favor leer las instrucciones al dorso**

Número de Seguro Social o Número de Medicare	Mes	Efectivo Día	Año	Tipo	Número de Sponsor	Org Policy
--	-----	--------------	-----	------	-------------------	------------

Nombre del Grupo/Sección
--------------------------

Este contrato es:  NUEVO  CONVERSIÓN  RENOVACIÓN  INDIVIDUAL  FAMILIAR  PAREJA

**Asegurado Principal**

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial	Estado Civil	Género F M	Fecha Nacimiento Mes Día Año
---	--------------	------------	------------------------------

Dirección Postal	Número de Empleado Según su Cheque
------------------	------------------------------------

Número de Licencia o Socio (aplica para las asociaciones y colegios)			
--	--	--	--

Pueblo	País /Estado	Código Postal	Correo Electrónico
--------	--------------	---------------	--------------------

Puesto que Ocupa	Fecha de Empleo Mes Día Año	Tel. Oficina	Tel. Residencial	Tel. Celular	Fax
------------------	-----------------------------	--------------	------------------	--------------	-----

Beneficios opcionales solicitados para usted y sus dependientes directos
--

<b>BÁSICA</b>	Nombre del Médico Personal y especialidad (Axis)	Nombre y número del Grupo Médico (Axis):
---------------	--	--

**Dependientes Directos**

Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
--	------------	------------------------	------------	---

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
--	------------	------------------------	------------	---

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
--	------------	------------------------	------------	---

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
--	------------	------------------------	------------	---

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
--	------------	------------------------	------------	---

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

**Dependiente Opcional**

Apellidos, Nombre, Inicial	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Estado Civil	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
----------------------------	------------	------------------------	--------------	------------	---

<input type="checkbox"/> <b>BÁSICA</b>	Parent	Código	Depend
--	--------	--------	--------

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

Apellidos, Nombre, Inicial	Parentesco	Nacimiento Mes Día Año	Estado Civil	Género F M	Número Seguro Social o Número de Medicare
----------------------------	------------	------------------------	--------------	------------	---

<input type="checkbox"/> <b>BÁSICA</b>	Parent	Código	Depend
--	--------	--------	--------

Nombre del Médico Personal y Especialidad (Axis)
--

**Coordinación - Si usted o su cónyuge tiene otro Plan Médico indique:**

Nombre del Asegurado Principal del otro plan	Compañía	Núm. de Póliza	Núm. COB	Código COB
--	----------	----------------	----------	------------

<input type="checkbox"/> <b>BÁSICA</b>	Parent	Efectivo Mes Día Año	Código Parent Depend
--	--------	----------------------	----------------------

**Conversión**

Núm. de contrato Triple-S Salud anterior, si su contrato es Conversión	Último Pago Mes Año	Conversión Mes Año	Uso SSS	Lic. SUPS.	Man. COM.
--	---------------------	--------------------	---------	------------	-----------

**Ley COBRA**

**Ley COBRA**  Renuncia  Cesantía  Retiro  Empleado Acogido a Medicare  Muerte  Divorcio  No elegible como dependiente  
 Razón para solicitar "Ley COBRA"  Otro

Fecha de la Notificación al Patrono Mes Día Año	Fecha de Efectividad "Ley COBRA" Mes Día Año	Fecha Evento Mes Día Año	Solicitado por <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Directo
---	--	--------------------------	---

**Los siguientes productos son ofrecidos y administrados por Triple-S Vida, Inc. NO** son productos con licencia de BlueCross BlueShield. Marque con una X si interesa suscribirse a alguno de ellos:

### **TRIPLE-S VIDA**

- Solicito a Triple-S Vida el beneficio de Seguro de Vida de \$10,000 para el Asegurado Principal.
- Solicito a Triple-S Vida la póliza de Primer Diagnóstico de Cáncer pago único de \$5,000 para el Asegurado Principal. Tiene periodo de espera de 90 días a partir de la fecha de efectividad de la póliza.

Certifico que al Asegurado Principal no le ha sido diagnosticado o tratado por cáncer, ni se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer. Iniciales \_\_\_\_\_

**Para ser elegible para cualquiera de los productos de Triple-S Vida el asegurado principal debe tener menos de 65 años de edad.**

### **Consentimiento para intercambio de información por medios electrónicos**

- Consiento que Triple-S Salud me envíe los avisos, facturas, informes, contestaciones a solicitudes de información, querellas o material informativo sobre el plan a la dirección de correo electrónico provista en esta solicitud por medios electrónicos seguros. Entiendo que Triple-S Salud enviará el documento de forma tal que pueda imprimirlo y retenerlo para referencia futura. Entiendo que con este consentimiento:

1. No pierdo el derecho a obtener la información en papel si así lo solicito;
2. Soy responsable de mantener actualizada toda mi información de contacto;
3. Cuando sea necesario, Triple-S Salud me notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que me remita

Este consentimiento puedo revocarlo por escrito en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud en la cual especificaré como mínimo mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Autorización para propósitos de mercadeo de productos y servicios de otras compañías**

- Autorizo a Triple-S Salud a compartir mi nombre, direcciones y teléfono con Triple-S Propiedad y Triple-S Vida. Esta autorización tendrá vigencia por 12 meses contados desde la fecha de esta solicitud.

### **Autorización para actividades relacionadas con su plan médico**

Al usted firmar esta solicitud y acogerse al plan médico de Triple-S Salud, usted autoriza que podamos usar y divulgar su información clínica y demográfica para las siguientes actividades que son inherentes a nuestra operación que incluyen, pero no se limitan a: suscripción, coordinación de servicios, programas, evaluación y mejoras de calidad, programas de manejo de casos y condiciones, auditorías de expedientes clínicos y de utilización de servicios, investigaciones de fraude, reaseguro, resolución de quejas y querellas, administración, pago y ajuste de reclamaciones, compartir información con los socios de negocio que administran servicios y cubiertas a nombre de Triple-S Salud y con proveedores de servicios de salud que le brindan servicios, información a agencias de crédito y la planificación del negocio. La autorización tendrá validez por todo el tiempo que usted esté suscrito al plan médico. Aún luego de la terminación de su contrato, Triple-S Salud podrá usar su información para terminar actividades relacionadas con su contrato o según requerido y permitido por ley.

Si usted optó por suscribirse a cualquiera de los productos de Triple-S Vida, al firmar esta solicitud usted autoriza a Triple-S Salud a compartir con Triple-S Vida la información contenida en esta solicitud o si marcó la autorización para mercadeo, autoriza a Triple-S Salud a proveer la información indicada a Triple-S Vida y Triple-S Propiedad. Triple S-Salud no condicionará la suscripción ni la elegibilidad para beneficios en el plan médico a que usted se acoja a los seguros ofrecidos por Triple S- Vida. Usted puede revocar esta autorización escribiendo a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628. La revocación tendrá efecto prospectivo y la póliza seleccionada de Triple S Vida podría ser terminada. Triple-S Salud no recibirá remuneración alguna como resultado de su autorización.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MES / DÍA / AÑO)

### **INSTRUCCIONES**

**Todas las secciones sombreadas son para uso de Triple-S Salud únicamente. Asegúrese de haber leído detenidamente el Certificado de Beneficios.**

1. Llene esta solicitud a maquinilla o tinta, en letra de molde. Complete todos los encasillados, excepto las secciones sombreadas.
2. Todos los nombres deben escribirse así: apellidos, nombre e inicial del segundo nombre.
3. La cubierta básica (hospital, médico-quirúrgico y ambulatorio), así como las cubiertas de servicios dentales, de farmacia y de gastos médicos mayores aplica de acuerdo de lo establecido en la póliza.
4. Los dependientes opcionales podrán seleccionar iguales o menos servicios, pero no más servicios, que el asegurado principal. La cubierta de Gastos Médicos Mayores (Major Medical) no está disponible para estos asegurados. Los dependientes opcionales mayores de 65 años no son elegibles para la cubierta de farmacia.
5. Para ser elegible a la cubierta Care Plus de Triple-S Salud, la persona debe estar acogida al seguro de hospital y seguro médico bajo Medicare (Parte A y Parte B). Acompañe documento que así lo acredite y copia del Certificado de Nacimiento.
6. Los planes Essenciales de Hospital y Servicios Médicos Básicos están disponibles para el empleado solamente; no son elegibles los dependientes. Las cubiertas de farmacia, gastos médicos mayores, Care Plus y servicios en Estados Unidos no están disponibles para estos planes. El plan de Hospital no ofrece servicios ambulatorios, excepto los servicios de sala de emergencia.
7. Asegúrese que la información que nos provea sea correcta y completa. Firme la solicitud e indique la fecha.

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PAGO AUTOMÁTICO (No aplica a Ley COBRA) CUENTA DE CHEQUES O AHORRO

**Tipo de cuenta:**  Cheque  Ahorro

Número de Ruta y Tránsito (ABA)( 9 dígitos)

Número de Cuenta

Nombre del Banco o Institución Financiera

A nombre de quién está la cuenta de banco

Firma del tenedor de la cuenta

### Código de Autorización:

- 03: Débito el día 4 de cada mes  
 07: Débito el día 11 de cada mes  
 09: Débito el día 19 de cada mes  
 99: Débito el día 27 de cada mes

**Nota:** 1. Debe verificar con su banco o institución financiera los requisitos específicos para una transferencia de fondos (ACH). 2. Esta solicitud tiene que venir acompañada de su primer pago. 3. Este servicio (débito electrónico) será efectivo el mes siguiente de haber completado la solicitud.

**Términos Aplicables:** 1. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente, concediéndole el tiempo necesario tanto a la compañía como al banco para actuar sobre el particular. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios o ser enviada por correo a Triple-S Salud Attn. 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 es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva forma de Pago Automático. 3. Los estados de cuenta bancarios serán el recibo de pago. 4. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar la aceptación de esta forma de pago a través del servicio de pago automático y su participación en dicho servicio. Autorizo a Triple-S Salud a originar débitos electrónicos a mi cuenta localizada en el banco o institución financiera especificada.

**Nota importante:** Si la cuenta de banco no está a nombre del asegurado, es el tenedor de la cuenta quien debe firmar esta autorización. Si el día del débito es feriado, se debitará el próximo día laborable.

## PAGO DE PRIMA

Tanto el Patrono como la persona asegurada serán responsables solidariamente por el pago de la prima correspondiente a la póliza, disponiéndose que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme a la cláusula de TERMINACIÓN de la misma.

Triple-S Salud tendrá derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, podrá recobrar el costo incurrido en una fecha posterior a la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose, que la persona asegurada será responsable por el pago de cualquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud, salvo las disposiciones contenidas en la Cláusula de Conversión de la póliza.

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del Patrono o de la persona asegurada. Disponiéndose, además, que el deudor se obliga a pagar las costas, gastos y honorarios de abogados, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra Triple-S Salud para el cobro de la deuda.

### La ley número 18 de 8 de enero de 2004 dispone que:

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.

## TRIPLE-S VIDA Autorización deducción de nómina

Autorizo a mi patrono \_\_\_\_\_ a deducir de mi salario aquellas cantidades que sean ahora o más tarde pagaderas por mí, para los planes adquiridos a través de: Triple-S Vida, Inc. Esta autorización cancela cualquier autorización anterior para deducción por nómina por concepto de algún plan de seguro similar con la compañía: \_\_\_\_\_ por \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma de Solicitante: \_\_\_\_\_ Deducción autorizada \$ \_\_\_\_\_

Firma del Representante Autorizado \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

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

## LEY COBRA

Al firmar esta solicitud, me comprometo a pagar la prima requerida para asegurar la continuidad de los beneficios grupales para mi y mis dependientes elegibles, si alguno, que se incluyen en esta solicitud. Entiendo además, que el monto de esta prima puede variar en cualquier momento que ocurra un cambio de estatus o cuando se renueve la póliza grupal. Reconozco que los beneficios bajo esta cubierta expirarán (1) luego de transcurrido el periodo de 18 ó 36 meses, según sea aplicable; (2) si dejo de efectuar cualquier pago de la prima o (3) si mi estatus actual de elegibilidad cambia. Una vez cancelado por falta de pago o por otras razones válidas, reconozco que no podré reincorporarme a la cubierta aquí provista. Más aún, reconozco que esta cubierta pudiera terminar si la cubierta ofrecida por el patrono a sus empleados activos es cancelada. Incluyo, con la presente solicitud, cheque o giro postal aplicable al pago de la prima correspondiente a los periodos de cubierta transcurridos desde su fecha de efectividad hasta el mes de \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN PATRONAL (LEY COBRA)

Certifico que la persona que suscribe la solicitud que antecede es elegible a continuar recibiendo los beneficios del plan grupal bajo las disposiciones de la Ley COBRA por un máximo de \_\_\_\_\_ meses. La prima a pagarse por recibir estos beneficios es de \_\_\_\_\_ mensual, sujeto a verificación por la entidad aseguradora. Autorizamos a dicha entidad a mantener al solicitante bajo nuestra cubierta grupal. Reconocemos que es nuestro deber, como patrono, el llevar a cabo el proceso de facturación y cobro directamente con el beneficiario y de pagar al ente asegurador el monto adeudado por concepto de prima con miras a continuar bajo cubierta de COBRA. Incluimos el pago de prima correspondiente, según antes calculado.

**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 se 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.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL GRUPO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DEL GRUPO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MES / DÍA / AÑO)