

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

COMPLETE EL FORMULARIO EN LETRA DE MOLDE POR AMBOS LADOS / SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS SIN PROCESAR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Mes	EFFECTIVO Día	Año	S	P	NÚMERO DE SPONSOR	ORG POLICY
-------------------------	-----	------------------	-----	---	---	-------------------	------------

NOMBRE DEL GRUPO

Este contrato es: **NUEVO** **CONVERSIÓN** **RENOVACIÓN** _____ **INDIVIDUAL** **PAREJA** **FAMILIA**

ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL	ESTADO CIVIL	GÉNERO F M U	FECHA NACIMIENTO Mes Día Año
---	--------------	-----------------	---------------------------------

DIRECCIÓN FÍSICA	NÚMERO DE EMPLEADO SEGÚN SU CHEQUE
------------------	------------------------------------

PUEBLO	PAÍS /ESTADO	CÓDIGO POSTAL 0 0	NÚMERO DE LICENCIA O SOCIO (aplica para las asociaciones y colegios)
--------	--------------	----------------------	--

DIRECCIÓN POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (para recibir información personal):
------------------	---

PUEBLO	PAÍS /ESTADO	CÓDIGO POSTAL 0 0
--------	--------------	----------------------

PUESTO QUE OCUPA	FECHA DE EMPLEO Mes Día Año	TEL. CELULAR ()	TEL. RESIDENCIAL ()	TEL. OFICINA ()
------------------	--------------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

BENEFICIOS SOLICITADOS PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES DIRECTOS
 BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** _____ **PAE** **MAJOR MEDICAL** **TRASPLANTE DE ÓRGANOS** **SEGURO DE VIDA/AD&D \$** _____

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____
Número de contrato: _____

DEPENDIENTES DIRECTOS

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
--	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
--	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
--	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
--	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

DEPENDIENTE OPCIONAL

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
----------------------------	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
----------------------------	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
----------------------------	------------	---------------------------	-----------------	----------------------

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

CONVERSIÓN

NÚM. DE CONTRATO TRIPLE-S SALUD ANTERIOR, SI SU CONTRATO ES CONVERSIÓN	CONVERSIÓN	Mes	Año
--	------------	-----	-----

SEGURO DE VIDA POR MUERTE Y SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

El beneficio de Seguro de Vida por muerte y Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento estará disponible para el asegurado principal.

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (Para una reclamación, favor comunicarse al teléfono (787) 758-4888 o al correo electrónico servicio@sssvida.com) Escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su Seguro, su parentesco y el porcentaje (total debe ser igual a 100%).

BENEFICIARIO (NOMBRE Y DOS APELLIDOS)	PARENTESCO	CANTIDAD (%)

NOMBRE: _____

SEGURO SOCIAL: _____

PAGO DE PRIMA

Su póliza de seguro médico con Triple-S Salud es prepagada. Toda factura vence el día primero del mes que se está facturando con un periodo de gracia de 30 días. Un atraso mayor a este periodo de gracia puede afectar la vigencia de su póliza. Triple-S, Salud ofrece varias alternativas de pago tales como débito automático de la cuenta de cheques o ahorro, pago por ACH y "wire transfer". Para estas alternativas de pago puede comunicarse con su Representante de Ventas.

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

Triple-S Salud tiene derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, puede recobrar el costo incurrido en una fecha posterior a la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose, que la persona asegurada es 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 el incumplimiento de pago por parte del Patrono o de la persona asegurada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito. 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.

Iniciales: _____

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			FECHA DE EFECTIVIDAD "LEY COBRA"			FECHA EVENTO			SOLICITADO POR
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DIRECTO

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 expiran (1) luego de transcurrido el período de cubierta extendida establecido por COBRA o la Ley USERRA; 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 puedo reincorporarme a la cubierta aquí provista. Más aún, reconozco que esta cubierta puede 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 pagar 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 asegurado 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. El patrono y el administrador de la cubierta COBRA, si alguno hubiera, deben informar mensualmente los pagos efectuados por cada persona acogida a COBRA, personas en período de gracia por falta de pago de prima de COBRA y fecha aproximada en que el patrono se propone dar de baja a la persona cobijada bajo esta ley debido a falta de pago.

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, pólizas, directorio de proveedores, formulario de medicamentos, SBC o cualquier otro material informativo sobre el plan a la dirección de correo electrónico provista en esta solicitud por medios electrónicos seguros. Entiendo que Triple-S Salud envía el documento de forma 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 en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud en la cual específico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación. Iniciales: _____

AUTORIZACIÓN

Al usted completar esta solicitud y acogerse al plan médico de Triple-S Salud, usted autoriza que podamos usar y divulgar su información de salud protegida y demográfica para las siguientes actividades que son inherentes a nuestra operación que incluyen, pero no se limitan a: suscripción, coordinación de servicios, 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 ajustes de reclamaciones, intercambio de información con los socios de negocios que administran servicios y cubiertas a nombre de Triple-S Salud y con proveedores de servicios de salud que le brindan servicios. La autorización tiene validez por todo el tiempo que usted esté suscrito al plan médico. Este consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud en la cual específico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación. Puede comunicarse al (787) 774-6060, Línea de atención (libre de cargo) 1-800-981-3241 en el siguiente horario: Lunes a Viernes de 7:30 am a 8:00 pm, Sábado de 9:00 am a 6:00 pm y Domingo de 11:00 am a 5:00 pm.

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 con 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. Su número de Seguro Social es necesario para propósitos de identificación. Triple-S Salud ha implementado salvaguardas técnicas, físicos y administrativos para proteger su información. Sólo se divulga cuando sea permitido o requerido por las leyes estatales y federales y conforme a la ley Núm. 207 de 27 de septiembre de 2006.
4. La cubierta básica (hospital, médico-quirúrgico y ambulatorio), así como las cubiertas opcionales, servicios dentales, de farmacia y gastos médicos mayores aplican de acuerdo a lo establecido en la póliza.
5. Los dependientes opcionales pueden seleccionar iguales o menos servicios, pero no más servicios, que el asegurado principal. La cubierta de Gastos Médicos Mayores (Major Medical) y la cubierta de trasplante de órganos no está disponible para estos asegurados.
6. Para ser elegible a la cubierta Complementaria (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.
7. Asegúrese que la información que nos provea sea correcta y completa. Firme la solicitud e indique la fecha.

AVISO ANTIFRAUDE (Ley Núm. 18 de 8 de enero de 2004, según enmendada)

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presente, ayude o hace presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurre en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida puede ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, puede ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

CERTIFICACIÓN

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 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 cualquiera de los miembros asegurados por la póliza, a partir de la fecha de cancelación. 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)

AVISO: INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY.

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - o Intérpretes certificados,
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio

PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

Teléfono: (787) 749-6060 o 1-800-981-3241

TTY: (787) 792-1370 o 1-866-215-1999

Fax: (787) 706-2833

Email: TSACompliance@sssadvantage.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. If you are a federal employee or retiree call 787-774-6081, Toll free 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; Toll free 1-866-215-1999. ATENCIÓN: si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.