

Solicitud de Ingreso

Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association
PO Box 363628 SJ PR 00936-3628 • Tel. 787-774-6060

Grupal Ley Cobra Asociaciones y Colegios

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				Efectivo Mes Día Año		Tipo		Número de Grupo				Número de Sección					
Nombre del Grupo/Sección																	
Este contrato es: <input type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> CONVERSIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> 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		Comenzó a Trabajar Mes Día Año			Oficina ()		Residencial ()		Celular ()		Fax ()						
Beneficios opcionales solicitados para usted y sus dependientes directos																	
BÁSICA																	
Dependientes Directos																	
Apellidos, Nombre, Inicial (Cónyuge e Hijos)				Nacimiento Mes Día Año		Género F M		Código Parent Depend		Número Seguro Social o Número de Medicare							
Parentesco																	
Parentesco																	
Parentesco																	
Parentesco																	
Parentesco																	
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"/> BÁSICA												Parent Código Depend					
Apellidos, Nombre, Inicial				Parentesco		Nacimiento Mes Día Año		Estado Civil		Género F M		Número Seguro Social o Número de Medicare					
<input type="checkbox"/> BÁSICA												Parent Código Depend					
Coordinación																	
Si usted o su cónyuge tiene otro Plan Médico indique:										Núm. COB		Código COB					
Nombre del Asegurado Principal del otro plan				Compañía			Núm. de Póliza										
<input type="checkbox"/> BÁSICA										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 <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Cesantía <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Empleado Acogido a Medicare <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio Razón para solicitar "Ley COBRA" <input type="checkbox"/> No elegible como dependiente <input type="checkbox"/> 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								

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MES / DÍA / AÑO)

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:

Código de Autorización:

___ 03: Débito el día 4 de cada mes ___ 09: Débito el día 19 de cada mes

___ 07: Débito el día 11 de cada mes ___ 99: Débito el día 27 de cada mes

Nota: 1.Si su institución financiera es una de ahorro y préstamo, "credit union" o "Money Market Fund" deberá verificar los requisitos específicos para una transferencia electrónica 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.

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.

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.

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:

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 o 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)