

**SOLICITUD DE REINSTALACION PLAN SUPLEMENTARIO DE SALUD**

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 Cuenta  Económicas  Otro: \_\_\_\_\_

Indique si usted o algún miembro de su familia, ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimiento de:

- ¿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, leucemia?  Sí  No (Si es afirmativo, indique: fecha, padecimiento, condición actual). \_\_\_\_\_
- ¿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?  Sí  No (Si es afirmativo, indique: fecha, padecimiento, condición actual, en caso de quemadura indicar el grado). \_\_\_\_\_
- ¿Problema o padecimiento de ataque cardíaco, insuficiencia coronaria u otro trastorno del corazón, alta presión, diabetes o algún trastorno del páncreas, nefritis, piedra en los riñones, cálculo renal, enfisema, tuberculosis pulmonar, pleuresía, asma, bronquitis, o algún trastorno pulmonar?  Sí  No (Si es afirmativo, circule la condición y dé detalles). \_\_\_\_\_
- ¿Problema o padecimiento de espalda, espina dorsal, cuello, epilepsia o alguna condición emocional?  Sí  No (Si es afirmativo, dé detalles). \_\_\_\_\_
- ¿Recomendado hospitalización por algún motivo o ha sufrido o se le ha recomendado una operación quirúrgica durante los últimos cinco años?  Sí  No (Si es afirmativo, dé detalles). \_\_\_\_\_

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.

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:

Cuenta Cheques (Corriente)  Cuenta de Ahorro  
 Número de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 Núm. Ruta ABA: \_\_\_\_\_  
 Nombre Institución Financiera: \_\_\_\_\_  
 Sucursal: \_\_\_\_\_  
 Día de transferencia: \_\_\_\_\_

Visa  Mastercard  American Express  
 Número de la tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Código de Seguridad (CVC): \_\_\_\_\_  
 Fecha de expiración: Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 A nombre de quién está la tarjeta: \_\_\_\_\_  
 Día de transferencia: \_\_\_\_\_

**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 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 medir 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" (Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 2725, según enmendados mediante la Ley Núm. 230 de 9 de agosto de 2008).

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.

Fecha en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Testigo Firma Propuesto Asegurado

**PARA USO DE LA COMPAÑIA SOLAMENTE**

\_\_\_\_\_  
 Firma de un Oficial de la Compañía Fecha  
 TOL-SR (02-2012)