



**COOPERATIVA DE SEGUROS DE VIDA DE PUERTO RICO 7 CGJ=**  
**PO BOX 366267**  
**SAN JUAN, PR 00936-6267**  
**TEL/FONO: 751-8, &**  
**FAX: 751-888-8888** **+(**  
**www.cosvi.com**

### **SOLICITUD DE BENEFICIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

#### **INSTRUCCIONES**

Asegúrese de incluir al momento de radicar los documentos requeridos para la Solicitud de Beneficios por la cual reclama. Complete todos los encasillados, dejar alguno en blanco podría retrasar la determinación de su reclamación.

#### **COMO LLENAR ESTA SOLICITUD**

- Primero:** Debe llenar todos los encasillados del informe del asegurado y de la certificación y autorización para información médica y laboral.
- Segundo:** Para las reclamaciones por incapacidad, el certificado médico debe ser llenado por su médico y este debe estar autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, o en ausencia de este el custodio de records médicos. Si usted ha estado bajo tratamiento con más de un médico, someta evidencia de cada médico por separado. El médico debe incluir copia completa de su expediente médico.
- Tercero:** No se aceptarán solicitudes completadas con un no aplica en espacios que correspondan a evidencia o información médica necesaria para determinar el grado de incapacidad.

#### **DEBE INCLUIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS CON LA SOLICITUD**

##### **EN CASO DE MUERTE**

1. Certificado de Nacimiento del Fenecido
2. Certificado de Defunción
3. En caso de muerte accidental, Informe de la Policía y Protocolo de Autopsia
4. Copia de una Identificación con foto de la persona que reclama

##### **EN CASO DE SEGURO FUNERAL**

1. Certificado de Nacimiento del Fenecido
2. Certificado de Defunción
3. Certificado de Matrimonio si muere el conyuge en el Plan familiar
4. Copia de una identificación con foto de la persona que reclama

##### **EN CASO DE INCAPACIDAD**

1. Certificado de Nacimiento
2. Toda la evidencia médica en su poder
3. Nombres y direcciones postales de los médicos que lo han atendido
4. Certificado médico (APS)
5. En caso de accidente, pérdida de la vista o desmembramiento, incluir Informe de la Policía
6. Copia de una identificación con foto de la persona que reclama
7. En caso que se le haya aprobado el seguro social, enviar carta de aprobación con las condiciones evaluadas y los años pautados para la revisión del caso.

## SOLICITUD DE BENEFICIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA

### INSTRUCCIONES

Complete todos los encasillados, dejar alguno en blanco podría retrasar la determinación de su reclamación.

- MUERTE     
  RELEVO DE PAGO DE PRIMAS     
  DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISIÓN  
 FUNERAL     
  INCAPACIDAD

### I. INFORMACIÓN ASEGURADO

1. NÚM. PÓLIZA	2. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	3. SEGURO SOCIAL
4. Dependiente Fallecido (PLAN FAMILIAR FUNERAL)			5. Seguro Social Dependiente	
6. Dirección Residencial		7. Dirección Postal		8. Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____
9. Correo Electrónico:			10. Teléfono(s):	
11. Ocupación	12. Fecha en que comenzó a trabajar Mes ____ Día ____ Año ____		13. Nombre y Dirección del Patrono	
14. Última fecha que asistió al trabajo Mes ____ Día ____ Año ____			15. Razón por la cual dejó de trabajar	
16. Enfermedades que padecía el Asegurado al momento de Incapacidad o Muerte				
17. Nombre y Dirección de médicos y/o Hospitales que atendieron al Asegurado y número de record médico				
18. Nombre del Plan Médico y Dirección			19. Número de Contrato	

### II. INDIQUE SI ESTÁ RECIBIENDO O GESTIONANDO BENEFICIOS DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES

			DESDE			LOCALIZACIÓN
	Sí	No	Mes	Día	Año	
Seguro Social Federal (Por Incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Seguro Social Federal (Por Edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Fondo del Seguro del Estado y número de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
SINOT Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

**Someter evidencia o la determinación del Seguro Social que indique condiciones evaluadas y revisión del caso o de cualquiera de las instituciones antes mencionadas.**

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN MÉDICA Y LABORAL**

Yo \_\_\_\_\_ , mayor de edad, \_\_\_\_\_ , vecino de \_\_\_\_\_

Puerto Rico, como \_\_\_\_\_  
Asegurado o Parentesco con el Difunto Dirección

Por la presente autorizo a toda institución hospitalaria y a todo facultativo médico, que haya sido consultado por el suscribiente o difunto, o en cuya posesión se encuentre algún tipo de record médico del infrascrito, a que se entregue copia del mismo y/o sumario de esta a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o al portador de este documento o copia del mismo.

Igualmente autorizo al acreedor a entregar copia de toda documentación existente de la deuda reclamada en esta solicitud. Además autorizo a toda persona, sociedad o corporación pública o privada para la cual yo haya estado trabajando a que suministre a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o al portador de esta declaración o fotocopia de ella, toda la reclamación relacionada con el suscribiente o difunto y su trabajo que le sea requerida, incluyendo, pero sin limitación a ella, certificaciones patronales, certificaciones médicas, pruebas de HIV o historial SIDA, sipnosis de mi expediente de empleo, días trabajados periodos ausentes por enfermedad, sueldos, labores que desempeñaba, fecha en que por ultima vez realice las labores de mi empleo y las razones para dejar el mismo.

Renuncio por este medio a toda disposición de ley que pueda prohibir o limitar la revelación de la información que aqui se autoriza asi como también relevo de toda responsabilidad a cada una de las instituciones hospitalarias, facultativos médicos personas o entidades para las que yo haya trabajado por suministrar a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o al tenedor de esta autorización, copia de cualquier información que poseán del suscribiente, o por entregar un resumen o preparar cualquier documento relacionado con dicha información.

Asimismo, acepto que la antedicha información podra ser suministrada con la entrega de una copia fotostática de esta autorización aceptando igualmente que dicha copia será tan valida como su original.

La Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI en cumplimiento con las especificaciones de Ley bajo las cuales se regulan las Empresas de Seguro expone para su conocimiento y cumplimiento lo siguiente:

“Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presenta información falsa en una Solicitud de Beneficios o, que presentare, ayudare o hiciera 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 rer reducida hasta un mínimo de dos (2) años.”

En testimonio de lo cual, firmo la presente en \_\_\_\_\_ ,

Puerto Rico a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .  
Firma

Teléfonos: Trabajo \_\_\_\_\_

Residencial \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL TENEDOR DE PÓLIZA**

Nombre del Tenedor de Póliza \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

Último día de Trabajo \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo en el Empleo \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso al Seguro Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que \_\_\_\_\_ , es parte del grupo asegurado a la fecha de la pérdida

Nombre en letra de molde del oficial autorizado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del oficial autorizado Fecha Correo Electrónico