

## SOLICITUD DE BENEFICIOS SEGUROS COOPERATIVOS VIDA E INCAPACIDAD

<b>CUBIERTA (INDIQUE):</b>	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> DESEMPLEO INVOLUNTARIO
<input type="checkbox"/> PRÉSTAMO PERSONAL PLUS	<b>PÓLIZA</b> 02- _____	<input type="checkbox"/> FUNERAL	<b>PÓLIZA</b> 20- _____
<input type="checkbox"/> ACCIONES Y AHORROS	03- _____	<input type="checkbox"/> PRESTAMO SIN PREX	22- _____
<input type="checkbox"/> PATROCINIO Y ACCIONES	04- _____	<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO	83- _____
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEPÓSITOS	05- _____	<input type="checkbox"/> LÍNEA DE CRÉDITO	84- _____
<input type="checkbox"/> AUTO	07- _____	<input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS	96- _____
<input type="checkbox"/> SEGURO DIRECTORES	08- _____	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL	97- _____

### I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

<b>1. APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>2. SEGURO SOCIAL</b> — —
3. Dirección Residencial (Calle / Urb. / Pueblo)		4. Dirección Postal y Zip Code	5. Fecha de Nacimiento
6. Ocupación	7. Teléfono Residencial:  Trabajo:	8. Nombre del Patrono y Dirección	
9. Fecha en que comenzó a trabajar  Mes ____ Día ____ Año ____		10. Última fecha en que asistió al trabajo:  Mes ____ Día ____ Año ____	
11. Razón por la cual dejó de trabajar			
12. Enfermedades que padecía el Asegurado al momento de Incapacidad o Muerte			
13. Nombre y dirección de médicos y/o Hospitales que atendieron al Asegurado. a. _____ _____		14. Núm. Récord Médico  a. _____  b. _____	
b. _____ _____			
15. Nombre del Plan Médico y Dirección		16. Número de Contrato	

17. Marque si el asegurado está recibiendo o gestionando beneficios de alguna de las siguientes instituciones:

	Sí	No	Mes	Día	Año	Localización
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 Oficina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	—	_____
Número de caso _____ SINOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	—	_____
Especifique: _____						

De tener evidencia o la determinación del Seguro Social que indique condiciones evaluadas y los años pautados para la revisión del caso o de cualquiera de las instituciones antes mencionadas, favor de incluirla con la reclamación de beneficios. Esto ayudará a que su reclamación se procese con rapidez.

**II. INFORME DEL TENEDOR DE PÓLIZA (COOPERATIVA)**

1. NOMBRE TENEDOR DE PÓLIZA

2. NÚM DE SOCIO

3. Fecha ingreso del socio a la Cooperativa:

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

**III. BENEFICIOS DE SEGURO PRÉSTAMO (EN CASO DE FUNERAL DIRECTORES Y PATROCINIO NO APLICA)**

El deudor asegurado obtuvo los siguientes préstamos de esta Cooperativa (incluyendo Línea de Crédito y Tarjeta de Crédito):

Cantidad	Fecha en que otorgó el préstamo			Número Plazos	Balance adeudado (No incluye intereses)
	Mes	Día	Año		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

¿Está alguno de estos préstamos en acuerdo de pago?  Sí (Incluir acuerdo de pago)  No**IV. BENEFICIOS DE SEGURO DE AHORROS Y PATROCINIO**

1. Cantidad de Acciones \$ \_\_\_\_\_ 3. Cantidad de Patrocinio \$ \_\_\_\_\_ 5. Certificado de Depósitos \$ \_\_\_\_\_

2. Cantidad Depósitos \$ \_\_\_\_\_ 4. Cantidad de Christmas Club \$ \_\_\_\_\_ 6. Otros Depósitos Asegurados \$ \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que \_\_\_\_\_, es deudor y depositante de esta Cooperativa y que lo reclamado es el balance adeudado y los ahorros depositados a la fecha de la incapacidad o muerte.

Nombre Persona Autorizada en letra de Imprenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Persona Autorizada por la Cooperativa  
para ofrecer esta información

Fecha \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE SUMINISTRE 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 récord médico del infrascrito, a que se entregue copia del mismo y/o sumario de ésta 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 mi persona y trabajo que le sea requerida, incluyendo, pero sin limitación a ella, certificaciones patronales, certificaciones médicas, pruebas de HIV o historial de SIDA, sipnosis de mi expediente de empleo, días trabajados, periodos ausentes por enfermedad, sueldos, labores que desempeñaba, fecha en que por última vez realicé 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 aquí se autoriza así 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 del suscribiente tengan en su posesión, 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 válida como su original.

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

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una Solicitud de Beneficios 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 un 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.”

En Testimonio de lo cual, firmo la presente en \_\_\_\_\_ Puerto Rico a \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Firma

Dirección del reclamante \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_