

SOLICITUD DE BENEFICIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Indique cubierta por la cual reclama:

- Muerte
 Endoso Relevó Pago de Primas
 Endoso Desmembramiento o Pérdida de la Visión

I. INFORMACIÓN ASEGURADO

1. Núm. Póliza	2. Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	3. Seguro Social
4. Dirección Postal				
5. Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____	6. Correo Electrónico		7. Teléfono(s)	
8. Ocupación	9. Fecha último día trabajado Mes ____ Día ____ Año ____		10. Razón por la cual dejó de trabajar	
11. Enfermedades que padecía el Asegurado al momento de Incapacidad o Muerte				
12. Nombre y teléfono de médicos y/o Hospitales que lo han atendido con relación a su alegada condición				

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

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

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

CERTIFICACIÓN

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 ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.”

En testimonio de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico a ____ de ____ de ____.

Nombre en letra de molde

Asegurado o Parentesco
con el asegurado

Firma

Dirección Postal: _____

Teléfonos: _____

Correo Electrónico: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL TENEDOR DE PÓLIZA

Nombre del Tenedor de Póliza _____ Núm. de Póliza _____

Nombre del Empleado _____

Fecha de Ingreso del Asegurado al Seguro

Fecha Último día de Trabajo

Mes ____ Día ____ Año ____

Mes ____ Día ____ Año ____

Certifico que _____, es parte del grupo asegurado a la fecha de la pérdida.

Nombre en letra de molde del oficial autorizado _____

Dirección Postal _____

Teléfono _____ ext. _____

Correo Electrónico _____

Firma del Oficial Autorizado

Fecha