



## Solicitud de Beneficios Seguros Cooperativos Vida e Incapacidad

**CUBIERTA (INDIQUE):**

- INCAPACIDAD       MUERTE       DESEMPLEO INVOLUNTARIO  
 PRIMERA OCURRENCIA    DESMEMBRAMIENTO

**PÓLIZA**
**PÓLIZA**

- |   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> PRÉSTAMO PERSONAL PLUS | 02-_____ | <input type="checkbox"/> DESEMPLEO INVOLUNTARIO | 41-_____ |
| <input type="checkbox"/> ACCIONES Y AHORROS     | 03-_____ | <input type="checkbox"/> SINPREX MENSUAL        | 52-_____ |
| <input type="checkbox"/> RENTA                  | 06-_____ | <input type="checkbox"/> CC-PLUS                | 82-_____ |
| <input type="checkbox"/> AUTO                   | 07-_____ | <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO     | 83-_____ |
| <input type="checkbox"/> SEGURO DIRECTORES      | 08-_____ | <input type="checkbox"/> LÍNEA DE CRÉDITO       | 84-_____ |
| <input type="checkbox"/> FUNERAL                | 20-_____ | <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS | 96-_____ |
| <input type="checkbox"/> PRÉSTAMO SINPREX       | 22-_____ | <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL      | 97-_____ |

### I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

1. Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	2. Seguro Social
3. Asegurado Primario (Plan Familiar – Préstamo Mancomunado)		4. Seguro Social Asegurado Primario (Plan Familiar – Préstamo Mancomunado)	
5. Dirección Postal			
6. Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____	7. Ocupación	8. Teléfono	
9. Fecha que comenzó a trabajar Mes ____ Día ____ Año ____	10. Última fecha que asistió al trabajo Mes ____ Día ____ Año ____	11. Fecha que comenzó incapacidad reclamada Mes ____ Día ____ Año ____	
12. Razón por la cual dejó de trabajar			
13. Enfermedades que padecía el Asegurado al momento de Incapacidad o Muerte			
14. Nombre y teléfono de Médicos y/o Hospitales que atendieron al Asegurado			
a. _____			
b. _____			
c. _____			
15. Marque si el asegurado está recibiendo o gestionando beneficios de alguna de las siguientes instituciones:			
	Si	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___ ___
Oficina: _____			
# de caso: _____			
SINOT indique aseguradora _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___ ___

De tener determinación del Fondo, SINOT y/o Seguro Social que indique fecha de incapacidad, condiciones primarias y secundarias por las cuales le otorgaron incapacidad y los años pautados para la revisión del caso, favor incluirla con la reclamación de beneficios.

## 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 Y DIRECTORES 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 Mes    Día    Año	Número Plazos	Balance adeudado (No incluye intereses)
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

1. Cantidad de Acciones \$ \_\_\_\_\_ 2. Cantidad de Verano Coop \$ \_\_\_\_\_ 3. Certificado de Depósito \$ \_\_\_\_\_  
4. Cantidad de Depósitos \$ \_\_\_\_\_ 5. Cantidad de Christmas Club \$ \_\_\_\_\_ 6. Otros Depósitos  
Asegurados \$ \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN DE LA COOPERATIVA

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 de persona autorizada en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_