

Triple-S Medicare Optimo Encuesta para Trabajadores de Edad Avanzada

1. Información Personal

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ | Género
 | Masculino
 | Femenino
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

2. Dirección Permanente

Urbanización, Condominio, RR, HC _____ Nombre Calle, Número Casa o Apartamento, PO Box _____
 Ciudad o Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

3. Favor de Contestar las siguientes preguntas

1. ¿Se encuentra actualmente empleado o está trabajando por su cuenta propia?

Si No

Si contestó "No", incluya la fecha de retiro y pase a la pregunta #5. Si contestó "Si" favor de completar las preguntas 2 a la 4.

Fecha de Retiro, si aplica: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

2. ¿ Emplea su patrono 20 empleados o más?

Si No

3. ¿ Posee usted un plan de salud a través de su patrono?

Si No

3a. ¿ Rechazó usted el plan de salud ofrecido a través de su patrono?

3b. Información de su patrono:

Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Número de teléfono de la Compañía:(_____) _____ - _____

4. ¿ Tiene planes de dejar su empleo o retirarse dentro de los próximos:

3 Meses 6 Meses 1 Año No tiene planes

5. ¿ Está usted casado?

Si No

Si contestó "No" fin de la encuesta. Si contestó "Si" favor de completar las preguntas 5 a la 10.

5a. Nombre del cónyuge: _____

Número de Seguro Social del cónyuge: _____

6. ¿ Está empleado(a) su cónyuge o trabaja por cuenta propia?

Si No

Si contestó "No" fin de la encuesta. Si contestó "Si" favor de completar las preguntas 7 a la 10.

Fecha de Retiro del cónyuge, si aplica: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

7. ¿ Emplea el patrono de su cónyuge a 20 empleados o más? Si No

8. ¿ Tiene su cónyuge plan de salud a través del patrono de este? Si No

8a. Información del patrono de su cónyuge:

Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Número de teléfono de la Compañía:(_____)_____-_____

9. ¿ Está usted cubierto por el plan de salud de su cónyuge? Si No

10. ¿ Planifica su cónyuge dejar su empleo o retirarse dentro de los próximos?

3 Meses 6 Meses 1 Año No tiene planes

Acuerdos de Entendimiento y Autorización

Entiendo que al firmar este documento significa que:

1. He leído y entendido el contenido del mismo.
2. Certifico que la información contenida en este documento es veraz, correcta y precisa.
3. Entiendo que el incluir información falsa o engañosa o el omitir información relevante en esta solicitud por mí o mi representante autorizado podría conllevar la denegación de mi solicitud de ingreso o la cancelación de mi cubierta con el plan. Reconozco que cualquier persona que conscientemente y con la intención de defraudar a cualquier aseguradora u otra persona, someter una solicitud o reclamación de seguro que contenga información relevante con el propósito de engañar, cometer el delito de fraude de seguro, lo que es un crimen y hace responsable a dicha persona de penalidades civiles y criminales.
4. Si usted tiene necesidades especiales, este formulario podría estar disponible en otro formato.

X _____
 Su Firma Fecha

Si el individuo (beneficiario) no puede firmar, un tutor legal o una persona autorizada mediante declaración previa de voluntad para tratamiento médico, en cumplimiento con las leyes aplicables, debe firmar la próxima línea. Incluya documentos vigentes y que evidencien su designación como tutor legal o copia de la declaración previa de voluntad para tratamiento médico que cumpla con las disposiciones legales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

X _____
 Firma del Tutor Legal o Representante Autorizado Fecha

Si alguien ayudó a completar esta solicitud, con excepción del tutor legal o representante autorizado, firme en la siguiente línea.

X _____
 Firma de la persona que asistió en completar este formulario. Fecha

Para más información relacionada a este formulario, favor de llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud al 787-774-6083 ó 1-800-510-0722 (libre de cargos). Nuestros Representantes de Servicio al Cliente están disponibles para asistirle de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Para personas con impedimentos del habla y lenguaje (TDD/TTY), llame al 787-749-4059 ó 1-800-383-4457, libre de cargos.