

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 el 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 domingo de 8:00 a.m. a 8:00 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.