

COMPLETE LA SOLICITUD EN TODAS SUS PARTES - SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN DEVUELTAS SIN PROCESAR

TARIFA	SEGURO SOCIAL	EFFECTIVO MES DÍA AÑO	PERIODO DE ESPERA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EVENTO CALIFICADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
PLAN SELECCIONADO <input type="checkbox"/> TS DIRECTO: <input type="checkbox"/> BRONCE <input type="checkbox"/> PLATA 2 <input type="checkbox"/> POCKET DE TRIPLE-S <input type="checkbox"/> PLATA 1 <input type="checkbox"/> ORO DENTAL AMPLIADO (Opcional) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA (Opcional) (Este Seguro es administrado por Triple-S Vida) <input type="checkbox"/> OTROS NÚMERO DE CONTROL: _____		ACH _____ SÍ _____ NO	ESTE CONTRATO ES <input type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> CONVERSIÓN TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> FAMILIAR PLAN ANTERIOR <input type="checkbox"/> MCS <input type="checkbox"/> BELLA VISTA <input type="checkbox"/> FIRST MEDICAL <input type="checkbox"/> MENONITA <input type="checkbox"/> OTROS	

ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDOS, NOMBRE		ESTADO CIVIL		SEXO F M U	REPRESENTANTE AUTORIZADO
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN FÍSICA		
PUEBLO		ZIP CODE	PUEBLO		ZIP CODE
FECHA DE NACIMIENTO MES DÍA AÑO		CORREO ELECTRÓNICO			
SERVICIOS SOLICITADOS PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES DIRECTOS <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA				NUEVO NÚMERO DE CONTRATO	
¿TIENE OTRO PLAN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN: _____		NÚMERO DE COORDINACIÓN		TELÉFONO O CELULAR	
FUMADOR DE TABACO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				CONTRATO ANTERIOR CON SSS	

DEPENDIENTES DIRECTOS

APELLIDOS, NOMBRE (CÓNYUGE, COHABITANTE E HIJOS MENORES 26 AÑOS)			NACIMIENTO MES DÍA AÑO		SEXO F M U
NÚMERO SEGURO SOCIAL	TIENE OTRO PLAN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN: _____				
APELLIDOS, NOMBRE (CÓNYUGE, COHABITANTE E HIJOS MENORES 26 AÑOS)			NACIMIENTO MES DÍA AÑO		SEXO F M U
NÚMERO SEGURO SOCIAL	TIENE OTRO PLAN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN: _____				
APELLIDOS, NOMBRE (CÓNYUGE, COHABITANTE E HIJOS MENORES 26 AÑOS)			NACIMIENTO MES DÍA AÑO		SEXO F M U
NÚMERO SEGURO SOCIAL	TIENE OTRO PLAN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ, NOMBRE DEL PLAN: _____				

PAGO DE PRIMA

El asegurado principal es responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza, disponiéndose, que dicha responsabilidad cubre toda la prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme lo dispuesto. Cuando el solicitante principal es un menor, se entiende que la responsabilidad del pago de la prima es del pagador.

En caso que el asegurado no pague la prima en la fecha que corresponde, y haya transcurrido el periodo de gracia para el pago de cada prima, Triple-S Salud tendrá derecho conforme a lo dispuesto en la póliza de cobrar la prima adeudada o a su opción, cobrar los costos incurridos en el pago de las reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada luego de la cancelación del plan médico. Disponiéndose que el asegurado principal o pagador, en caso de un menor de edad, es el responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud.

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar, en forma detallada, el incumplimiento de pago por parte del asegurado principal, o pagador en caso de un menor, a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito.

AVISO ANTIFRAUDE (Ley Núm. 18 de 8 de enero de 2004 según enmendada)

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presente, ayude o hace presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurre en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De medir circunstancias agravantes, la pena fija establecida puede ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de medir circunstancias atenuantes, puede ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

SEGURO DE VIDA POR MUERTE (\$10,000)

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (Para una reclamación, favor comunicarse con Triple-S Vida al teléfono (787) 758-4888 o al correo electrónico servicio@sssvida.com) Escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su Seguro, su parentesco y el porcentaje (total debe ser igual a 100%).

BENEFICIARIO (NOMBRE Y DOS APELLIDOS)	PARENTESCO	CANTIDAD (%)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

Al usted completar esta solicitud y acogerse al plan médico de Triple-S Salud, usted autoriza que podamos usar y divulgar su información de salud protegida y demográfica para las siguientes actividades que son inherentes a nuestra operación que incluyen, pero no se limitan a: suscripción, coordinación de servicios, evaluación y mejoras de calidad, programas de manejo de casos y condiciones, auditorías de expedientes clínicos y de utilización de servicios, investigaciones de fraude, reaseguro, resolución de quejas y querellas, administración, pago y ajustes de reclamaciones, intercambio de información con los socios de negocios que administran servicios y cubiertas a nombre de Triple-S Salud y con proveedores de servicios de salud que le brindan servicios. La autorización tiene validez por todo el tiempo que usted esté suscrito al plan médico. Este consentimiento puede revocarlo en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud en la cual especifico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación. Puede comunicarse al (787) 774-6060, Línea de atención (libre de cargo) 1-800-981-3241 en el siguiente horario: Lunes a Viernes de 7:30 am a 8:00 pm, Sábado de 9:00 am a 6:00 pm y Domingo de 11:00 am a 5:00 pm.

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Consiento que Triple-S Salud me envíe los avisos, estados de cuenta, informes, contestaciones a solicitudes de información, querellas, pólizas, directorio de proveedores, formulario de medicamentos, SBC o cualquier otro material informativo sobre el plan a la dirección de correo electrónico provista en esta solicitud o por medios electrónicos seguros. Entiendo que Triple-S Salud envía el documento de forma que pueda imprimirlo y retenerlo para referencia futura. Entiendo que con este consentimiento:

1. No pierdo el derecho a obtener la información en papel si así lo solicito;
2. Soy responsable de mantener actualizada toda mi información de contacto;
3. Cuando sea necesario, Triple-S Salud me notificará cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que me remita.
4. Al proveer en esta solicitud de ingreso su dirección de correo electrónico o número de celular y/o el de sus dependientes (mayores de 21 años), autorizo expresamente a Triple-S Salud y/o a sus subsidiarias, por si o por conducto de un tercero, para el envío y recibo de material promocional o educativo a la dirección(es) o teléfono(s) provistos, inclusivamente mediante mensaje de texto (SMS o MMS). Mediante este consentimiento, usted reconoce que Triple-S Salud o sus subsidiarias no imponen cargo por este servicio. No obstante, ciertos cargos por el recibo y envío de correos electrónicos y/o mensajes de texto pueden ser aplicables de acuerdo al contrato con su proveedor de servicio de telefonía o data móvil. Para más, información sobre los cargos aplicables deberá comunicarse con su proveedor de servicio. Este consentimiento se entenderá continuo e ininterrumpido.

Este consentimiento puede revocarlo en cualquier momento mediante comunicación al Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud en la cual especifico, como mínimo, mi nombre completo, número de contrato y fecha de efectividad de la revocación.

Iniciales: _____

PAGO AUTOMÁTICO - CUENTA DE CHEQUES Y AHORRO

NÚMERO DE RUTA Y TRÁNSITO (ABA) (9 DÍGITOS):

NÚMERO DE CUENTA

TIPO DE CUENTA: CHEQUE AHORRO NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA CUENTA DE BANCO: _____

FECHA PARA EFECTUAR EL DEBITO

- 04: Débito entre los días 4 y 6 de cada mes 11: Débito entre los días 11 y 13 de cada mes
- 19: Débito entre los días 19 y 21 de cada mes 27: Débito entre los días 27 y 29 de cada mes

NOTA: 1. Debe verificar con su banco o institución financiera los requisitos específicos para la transferencia electrónica de fondos (ACH).
2. Este servicio (débito electrónico) será efectivo a la misma fecha de efectividad de la póliza.

PAGO AUTOMÁTICO -TARJETA DE CRÉDITO

   NÚMERO DE TARJETA:

NOMBRE SEGÚN APARECE EN LA TARJETA DE CRÉDITO: _____

FECHA DE EXPIRACIÓN: ____ / ____ CVV: _____

DIRECCIÓN DONDE RECIBE EL ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA: _____

Nota: El cargo a la tarjeta de crédito se efectuará entre los días 1 y 10 de cada mes (10).

TÉRMINOS APLICABLES

1. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente o poseedor de la cuenta, concediéndole el tiempo necesario a Triple-S Salud y al banco para tramitar la cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios o ser enviada por correo a: Dirección postal: Triple-S Salud, Inc. Departamento de Enrollment P.O Box 363628 San Juan, PR 00936-3628. • Facsímil: 787-706-2833 • Correo electrónico: servicioalcliente@ssspr.com.
2. De haber un cambio de cuenta bancaria, tarjeta de crédito o fecha de expiración de la tarjeta, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático.
3. Los estados de cuenta serán el recibo de pago.
4. Triple-S Salud, Inc. se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Autorizo a Triple-S Salud, Inc. a originar débitos electrónicos a mi cuenta localizada en el banco o institución financiera especificada.

Nota importante: Si la cuenta de banco o tarjeta de crédito no está a nombre del asegurado, es el poseedor de la cuenta o tarjeta quien debe firmar esta autorización.

FIRMA: _____ FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____

CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN

Dentro de la orientación ofrecida por el Representante Autorizado sobre nuestros productos, es esencial que se le oriente y entienda los siguientes aspectos. Favor de leer y firmar este documento como evidencia que se le orientó sobre el particular.

1. Su número de Seguro Social es necesario para propósitos de identificación. Triple-S Salud ha implementado salvaguardas técnicos, físicos y administrativos para proteger su información. Sólo se divulga cuando sea permitido o requerido por las leyes estatales y federales y conforme a la ley Núm. 207 de 27 de septiembre de 2006.
2. Todos los planes tienen una cubierta de farmacia y servicios dentales básicos que se ofrecen de forma mandatoria.
3. Las cubiertas de farmacia de todos los planes se ofrecen con el despacho de medicamentos genéricos como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos para esta cubierta.
4. A las cubiertas de farmacia de todos los planes les aplica el Programa de Terapia Escalonada para algunos medicamentos. Esto significa que requerimos que el asegurado trate primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas.
5. Para la inclusión/terminación de parejas cohabitantes en el plan individual debe presentar una Declaración Jurada junto con su solicitud. Cohabitante significa dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y según de afinidad, afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tiene la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.
6. Toda inclusión de dependientes o cambios en la póliza debe realizarse dentro de los próximos 30 días de la efectividad de la póliza o en su fecha de renovación, a menos que ocurra un evento calificador, según establece la ley. En el caso de recién nacidos, si el asegurado principal no proporciona la notificación ni el pago correspondiente, el recién nacido estará cubierto por los primeros 30 días de la fecha de nacimiento. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del menor emiten todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del menor.
7. La suscripción garantizada a los planes médicos se provee dentro de un periodo de suscripción dispuesto por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Si el solicitante del plan médico no se suscribe dentro del periodo anual de suscripción, le aplica un periodo de espera de noventa (90) días calendario desde la fecha de efectividad de la póliza, excepto para casos de emergencia o como resultado de un evento calificador, según dispone la ley. El periodo de espera para los servicios preventivos es de treinta (30) días.
8. Para servicios de laboratorios clínicos y radiología e imágenes, debe utilizar las Redes Selective. Para obtener sus medicamentos recetados, debe utilizar la red de farmacias preferidas. Si visita un proveedor no participante de estas redes, los servicios no estarán cubiertos y no aplicará reembolso.
9. Toda póliza suscrita termina el 31 de diciembre de cada año, independientemente el mes en que se suscribe.
10. Triple-S Salud podrá requerir al solicitante del plan médico que complete un cuestionario médico en el que suministre información sobre las condiciones que padece, medicamentos que ingiere y cuidados que recibe para mantener bajo control su condición de salud, así como información sobre el médico de cabecera que atiende su condición. La información de este cuestionario será usada única y exclusivamente por el asegurador con el fin de ingresar al asegurado en los programas de manejo de condiciones de Triple-S Salud.

Iniciales: _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

DEPÓSITO CANTIDAD \$ _____ FECHA: _____ CHEQUE O GIRO NÚM: _____

ACH DE SOLICITAR ACH, NO SE REQUIERE DEPÓSITO.

Gladys T. Pagán

Nombre Representante Autorizado



Firma del Representante Autorizado

0476

Código de Representante Autorizado

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO QUE HE LEÍDO O ME FUE LEÍDA la información ofrecida por mí en esta solicitud y que la misma es cierta y está completa, de acuerdo con mi mejor conocimiento y entendimiento.

Triple-S Salud puede terminar su contrato con efecto retroactivo por motivo de fraude o tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona que solicita un plan médico a nombre de otra persona.

ENTIENDO, ADEMÁS, que si la póliza es cancelada asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que se presten a cualquiera de los miembros asegurados por la póliza, a partir de la fecha de cancelación. Cuando el asegurado principal es un menor, esa responsabilidad recae en el pagador.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Pagador

Firma del Pagador

Fecha

Seguro Social del Pagador (últimos 4 dígitos)

Firma o Marca del Solicitante Principal

Firma y parentesco del testigo de la marca
(o del pagador, padre o encargado si el solicitante es un menor)

Nombre y Dirección del testigo o del padre o encargado del menor:

AVISO: INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY

Triple S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - o Intérpretes certificados,
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio
PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628
Teléfono: (787) 749-6060 o 1-800-981-3241
TTY: (787) 792-1370 or 1-866-215-1999
Fax: (787) 706-2833
E-mail: TSACompliance@sssadvantage.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. If you are a federal employee or retiree call 787-774-6081, Toll free 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; Toll free 1-866-215-1999. ATENCIÓN: si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.