TRIPLE-S VIDA

TRIPLE-S VIDA, INC
PO BOX 363786
SAN JUAN, PR 00936-3786

Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PATRONO | 1.Nombre de la Compañía<br>COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PR | 2. Código del Cliente<br>12998 | 2.1 Localización<br>N/A | 3. Clasificación del Empleado<br>N/A | 4. Ingreso Anual<br>N/A |
| | 5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completas con este patrono. N/A | 6. Fecha de COLEGIADO<br>Día Mes Año | | 7. Ocupación # Lic. o Cert. | 8. Genero<br>Masculino □<br>Femenino □ |
| EMPLEADO | 9. Apellidos Nombre | | 10. Casado □ Soltero □ | | 11. Fecha de Nacimiento<br>Día Mes Año |
| 14. Cubiertas solicitadas<br>VIDA | 12. Dirección Postal Zip Code Teléfono: | | | | 13. Número Seguro Social<br>_____-_____-_____ |

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

15. Por la presente autorizo a Triple S Vida, Inc. que designa en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:

| Nombre (completo con dos apellidos) | Parentesco | Cantidad (%) |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE(S)

| Nombre (completo con dos apellidos) | Parentesco | Cantidad (%) |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

AVISO

LA LEY NÚM 18 DEL 8 DE ENERO DE 2004 ADVIERTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN LUNA SOLICITUD DE SEGURO O QUE PRESENTE AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PERDIDA U OTRO BENEFICIO O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PERDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE SERÁ SANCIONADO POR CADA VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA N 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.

17. Certifico que las aseveraciones antes hechas son ciertas y completas. Autorizo a mi patrono a hacer las deducciones de mi salario para las aportaciones necesarias, si algunas, para las cubiertas solicitadas.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Testigo de la Firma | Fecha | Firma |