

**FORMULARIO PARA CONVERSION-SEGURO SUPLEMENTARIO SALUD**

**INFORMACION ASEGURADO PRINCIPAL POLIZA ACTUAL**

|                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| Nombre Asegurado Principal:        |                        |
| Seguro Social Asegurado Principal: | Póliza núm.            |
| Nombre Pagador:                    | Seguro Social Pagador: |

**INFORMACION DEL SOLICITANTE**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| Nombre:  |                              |  |
| Seguro Social:   | Fecha Nacimiento: MM-DD-AAAA | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M  |
| Dirección Residencial:   |                              |  |
| Dirección Postal:  |                              |  |
|  | Pueblo                       | Código Postal  |
| Teléfono Residencial: ( )  | Celular: ( )                 | Trabajo: ( )   |
| E-mail:  | Ocupación:                   | Patrón:  |
| Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Contrato   |                              | Salario Mensual: \$  |
| Nombre Pagador:  |                              | Seguro Social Pagador:   |
| Modo de pago: <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/> TOLIC-Direct <input type="checkbox"/> COM<br><input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Pago Directo   |                              | Periodicidad: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual |
| <b>Razón para solicitar Conversión:</b> <input type="checkbox"/> Divorcio /Separación MM-DD-AAAA <input type="checkbox"/> Maternidad/Paternidad MM-DD-AAAA <input type="checkbox"/> Mayoría edad MM-DD-AAAA <input type="checkbox"/> Emancipación MM-DD-AAAA |                              |  |

**DESIGNACION BENEFICIARIOS- NUEVA POLIZA CONVERTIDA**

|                                 | Nombre | Relación | Porciento (%) |
|---------------------------------|--------|----------|---------------|
| <b>Beneficiario Primario</b>    |        |          |               |
|                                 |        |          |               |
|                                 |        |          |               |
| <b>Beneficiario Contingente</b> |        |          |               |
|                                 |        |          |               |
|                                 |        |          |               |

**NOTIFICACIONES**

La Fecha de Efectividad de la Nueva Póliza Convertida será la fecha de terminación de la cubierta de la Póliza anterior y la prima será la que aplique a la Fecha de Efectividad, de acuerdo a la clase de riesgo, edad, forma y cantidad de seguro que se provea en ese momento. La misma incluirá cualquier exclusión de la Póliza anterior, pero no excluirá ninguna otra condición, excepto si bajo la Póliza anterior la Compañía tenía el derecho a determinaciones posteriores de Asegurabilidad y por representaciones fraudulentas u omisiones materiales en la solicitud anterior. En tales casos, los beneficios pagaderos bajo la Póliza Convertida serán de acuerdo a los beneficios establecidos bajo la Póliza anterior. Cualquier otra reclamación será pagadera a base de los beneficios de la Póliza Convertida.

**AVISO IMPORTANTE**

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere 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 medir 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” (Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 2725, según enmendados mediante la Ley Núm. 230 de 9 de agosto de 2008).

Firma del Solicitante

Fecha

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Procesado por: \_\_\_\_\_

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