

Edificio MAPFRE

297 Ave. Carlos Chardón, San Juan PR 00918-1410

PO Box 70297, San Juan PR 00936-8297

T 787.622.7780 T 1.888.835.3634 F 787.622.7775 W www.mapfrepr.com



SOLICITUD DE INSCRIPCION

Adición (Sección A) Reinstalación (Sección B) Cambios (Sección D) Computo de Prima (Sección E) Terminación (Sección F) Mancomunado (Sección G)

Complete en Tinta Azul									
Section A: Información General									
Nombre del Patrono (Agencia Gubernamental)				Número de Contrato			División		
Nombre del Empleado				Seguro Social					
Sección B: Información del Empleado									
Dirección Postal:					Fecha de Nacimiento (m/d/y):				
Ocupación:			Fecha de Empleo (m/d/y):						
Teléfono Móvil:		Trabajo Tel / Ext:		Correo Electrónico:					
Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Divorciado/Separado		
E.D. (M/D/Y-Para uso de MAPFRE Life)	Favor indicar si usted o sus dependientes están cubiertos por otro plan.	<input type="checkbox"/> Si	Complete (a)-(d)	(a) Nombre de la Aseguradora		(c) Núm. de Póliza			
		<input type="checkbox"/> No		(b) Nombre del Empleado		(d) Tipo de Plan			
Tipo de Cubierta:	<input type="checkbox"/> Individual	Plan Seleccionado:	<input type="checkbox"/> Oro	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Dental				
	<input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge		<input type="checkbox"/> Plata	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Dental				
	<input type="checkbox"/> Empleado/Niño(a)		<input type="checkbox"/> Bronce	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Dental				
	<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Rubi	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> MM			
I.C. (Para uso de MAPFRE Life)									
Información de Dependiente Elegible									
Nombre Dependiente Elegible		Sexo M/ F	Parentesco		Fecha Nacimiento (m/d/y)	Seguro Social	¿Reside fuera del Hogar del Empleado? Si/No		
Beneficiario Seguro de Vida									
Nombres de todos los beneficiarios		Seguro Social	Fecha Nacimiento	Parentesco	Beneficio %	Dirección de los beneficiarios			
<input type="checkbox"/> Me reservo el derecho de modificar los beneficiarios designados y sujetas a las restricciones legales. Si el plan de seguro colectivo que estipula que las contribuciones hechas por mí, yo autorizo a mi empleador a descontar de mi sueldo.									
Firma del Empleado		Fecha (m/d/a)	Firma del Testigo (Debe ser mayor de edad y alguien que no sea el beneficiario.)			N/A	N/A		

Sección C: Información del Patrono

Declaración del Patrono- este empleado continúa trabajando para la compañía desde la fecha de contratación a tiempo completo y paga completa con no menos de 30 horas por semana. (Para números de horas prevalece la póliza.)

Firma del Patrono	Fecha (m/d/a)

Sección D: Cambios de Información

Razón de Cambios:	<input type="checkbox"/> Matrimonio (complete Sección B)	Fecha (m/d/a):		
	<input type="checkbox"/> Nacimiento hijo (a) (Complete Sección B)	Fecha (m/d/a):		
	<input type="checkbox"/> Cambio del nombre del empleado	Nuevo Nombre		
	<input type="checkbox"/> Cónyuge Consensual (complete Sección B)	Fecha (m/d/a):		
	<input type="checkbox"/> Divorcio	¿Los niños continuaran cubiertos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cambio de Beneficiario (Complete Sección B)			
	<input type="checkbox"/> Nuevo Salario	Fecha (m/d/a):		
	<input type="checkbox"/> Nueva División	Fecha (m/d/a):		
	<input type="checkbox"/> Otras(Especifique):			

Sección E: Cómputo de Prima

A. Tarifa Plan Seleccionado	\$	B. Seguro de Vida opcional (Si aplica)	\$	C. Dental Opcional (Si aplica)	\$	D. Major Medical Opcional solo Rubi (Si aplica)	\$	E. Dependiente Opcional (Si aplica)	\$	
F. Costo Total (Encasillado A+B+C+D+E)	\$	-	Aportación Patronal	\$	-	Aportación Mancomunado (Si aplica)	\$	=	**Aportación Empleado Mensual	\$

**Autorizo a mi patrono a deducir la cantidad mensual estipulada en el encasillado "Aportación Empleado Mensual" para el seguro de salud seleccionado con MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico.

AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude proporciona información falsa en una solicitud de seguro, o presente, o ayuda a las causas de la presentación de una reclamación de seguro fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presenta más de una solicitud de el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y convicta que fuere, será sancionado, por cada violación, con una multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, no mayor de diez mil (10,000) dólares, o prisión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. Si están presentes circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, si están presentes las circunstancias atenuantes, la pena podría ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Yo certifico que la información en la página uno y dos es completa y correcta.

Firma Empleado	Fecha (m/d/a)

Section F: Terminación

____ Fecha terminación de empleo. *Favor de indicar la dirección postal (complete Sección A)	
--	--

Section G: Mancomunado

Agencia:	Date (m/d/y):
----------	---------------

HOJA DE CODIFICACION

NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL:

NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

TIPO DE CONTRATO:

MANCOMUNADO CON:

TOTAL		APORTACION PATRONAL		APORTACION PATRONAL MANCOMUNADO		DESCUENTO EMPLEADO MENSUAL**
\$	-	\$	-	\$	=	\$

**Autorizo a mi patrono a deducir la cantidad mensual estipulada en el encasillado "Descuento Empleado Mensual" para el seguro de salud seleccionado con MAPFRE Life Insurance Company of Puerto Rico.

OBSERVACIONES:

Contrato efectivo a:

Fecha de expiración:

Comentarios: