TRIPLE-S SALUD
Concesionario Independiente de Blue Cross Blue Shield Association
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628
Tel. 787-774-6060

Solicitud de Ingreso Grupal

TS Óptimo+ ✔ Optimo Reserve Otro _____
Triple-S Empresarial Ley Cobra
Pocket de Triple-S Asociaciones

Este formulario debe recibirse en o antes de 10 días previo a la efectividad

COMPLETE EL FORMULARIO EN LETRA DE MOLDE POR AMBOS LADOS / SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS SIN PROCESAR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	EFECTIVO Mes Día Año	NÚMERO DE SPONSOR S P 0008950	ORG POLICY __BASICA __INTERMEDIA __AVANZADA

NOMBRE DEL GRUPO: PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO

Este contrato es: ✔ **NUEVO** **CONVERSIÓN** **RENOVACIÓN** _____ **INDIVIDUAL** **PAREJA** **FAMILIA**

ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE, INICIAL	ESTADO CIVIL	GÉNERO F M U	FECHA NACIMIENTO Mes Día Año

DIRECCIÓN FÍSICA			NÚMERO DE EMPLEADO SEGÚN SU CHEQUE
PUEBLO	PAÍS /ESTADO	CÓDIGO POSTAL 0 0	NÚMERO DE LICENCIA O SOCIO (aplica para las asociaciones y colegios)
DIRECCIÓN POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO (para recibir información personal):
PUEBLO	PAÍS /ESTADO	CÓDIGO POSTAL 0 0	

PUESTO QUE OCUPA	FECHA DE EMPLEO Mes Día Año	TEL. CELULAR	TEL. RESIDENCIAL	TEL. OFICINA

BENEFICIOS SOLICITADOS PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES DIRECTOS

■ **BÁSICA** ■ **FARMACIA** _____ ■ **DENTAL** _____ ■ **PAE** ■ **MAJOR MEDICAL** ■ **TRASPLANTE DE ÓRGANOS** ☐ **SEGURO DE VIDA/AD&D $** _____ ☐ **ASISTENCIA AL VIAJERO**

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ Nombre del Plan: _____ Número de Medicare: _____

Número de contrato: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ Sí ☐ No Uso de tabaco: Se define como el uso de un producto o productos de tabaco cuatro veces o más a la semana dentro de un periodo no mayor de los pasados 6 meses por usuarios legales de productos de tabaco e incluye todos los productos de tabaco.

DEPENDIENTES DIRECTOS

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (CÓNYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

DEPENDIENTE OPCIONAL

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
N/A				

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
N/A				

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL	PARENTESCO	NACIMIENTO Mes Día Año	GÉNERO F M U	NÚMERO SEGURO SOCIAL
N/A				

BÁSICA **FARMACIA** **DENTAL** **COMPLEMENTARIA** **OTROS** _____

¿Tiene otro seguro médico? ☐ Si ☐ No ¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No Fecha Parte A: _____ Fecha Parte B: _____ FUMADOR DE TABACO ☐ SÍ ☐ NO
Nombre del Plan: Número de Medicare:

CONVERSIÓN

NÚM. DE CONTRATO TRIPLE-S SALUD ANTERIOR, SI SU CONTRATO ES CONVERSIÓN	CONVERSIÓN Mes Año

SEGURO DE VIDA POR MUERTE Y SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

El beneficio de Seguro de Vida por muerte y Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento estará disponible para el asegurado principal.
INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (Para una reclamación, favor comunicarse 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 (%)
N/A	N/A	N/A

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL: _____

PAGO DE PRIMA

Su póliza de seguro médico con Triple-S Salud es prepagada. Toda factura vence el día primero del mes que se está facturando con un periodo de gracia de 30 días. Un atraso mayor a este periodo de gracia puede afectar la vigencia de su póliza. Triple-S, Salud ofrece varias alternativas de pago tales como débito automático de la cuenta de cheques o ahorro, pago por ACH y "wire transfer". Para estas alternativas de pago puede comunicarse con su Representante de Ventas.

Tanto el Patrono, como la persona asegurada, son responsables solidariamente por el pago de la prima correspondiente a la póliza, disponiendo que dicha responsabilidad cubre toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme a la cláusula de TERMINACIÓN de la misma.

Triple-S Salud tiene derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, puede recobrar el costo incurrido en una fecha posterior a la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose, que la persona asegurada es responsable por el pago de cualquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud, salvo las disposiciones contenidas en la Cláusula de Conversión de la póliza.

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar en forma detallada el incumplimiento de pago por parte del Patrono o de la persona asegurada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito. Disponiéndose, además, que el deudor se obliga a pagar las costas, gastos y honorarios de abogados, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra Triple-S Salud para el cobro de la deuda.

Los representantes autorizados pueden recibir una compensación monetaria en base a su afiliación, entre otras. Esto no cambia la prima (costo) ni beneficios del plan seleccionado.

Iniciales: _____

LEY COBRA

Ley COBRA

Razón para solicitar "Ley COBRA" ☐ Renuncia ☐ Cesantía ☐ Retiro ☐ Empleado Acogido a Medicare ☐ Muerte ☐ Divorcio ☐ No elegible como dependiente ☐ Otro _____

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN AL PATRONO	FECHA DE EFECTIVIDAD "LEY COBRA"	FECHA EVENTO	SOLICITADO POR
Mes Día Año	Mes Día Año	Mes Día Año	☐ EMPLEADO ☐ DEPENDIENTE DIRECTO

Al firmar esta solicitud, me comprometo a pagar la prima requerida para asegurar la continuidad de los beneficios grupales para mi y mis dependientes elegibles, si alguno, que se incluyen en esta solicitud. Entiendo además, que el monto de esta prima puede variar en cualquier momento que ocurra un cambio de estatus o cuando se renueve la póliza grupal. Reconozco que los beneficios bajo esta cubierta expiran (1) luego de transcurrido el período de cubierta extendida establecido por COBRA o la Ley USERRA; según sea aplicable; (2) si dejo de efectuar cualquier pago de la prima o (3) si mi estatus actual de elegibilidad cambia. Una vez cancelado por falta de pago o por otras razones válidas, reconozco que no puedo reincorporarme a la cubierta aquí provista. Más aún, reconozco que esta cubierta puede terminar si la cubierta ofrecida por el patrono a sus empleados activos es cancelada. Incluyo, con la presente solicitud, cheque o giro postal aplicable al pago de la prima correspondiente a los periodos de cubierta transcurridos desde su fecha de efectividad hasta el mes de _____

CERTIFICACIÓN PATRONAL (LEY COBRA)

Certifico que la persona que suscribe la solicitud que antecede es elegible a continuar recibiendo los beneficios del plan grupal bajo las disposiciones de la Ley COBRA por un máximo de _____ meses. La prima a pagar por recibir estos beneficios es de $_____ mensual, sujeto a verificación por la entidad aseguradora. Autorizamos a dicha entidad a mantener al solicitante bajo nuestra cubierta grupal. Reconocemos que es nuestro deber, como patrono, el llevar a cabo el proceso de facturación y cobro directamente con el asegurado y de pagar al ente asegurador el monto adeudado por concepto de prima con miras a continuar bajo cubierta de COBRA. Incluimos el pago de prima correspondiente, según antes calculado. El patrono y el administrador de la cubierta COBRA, si alguno hubiera, deben informar mensualmente los pagos efectuados por cada persona acogida a COBRA, personas en período de gracia por falta de pago de prima de COBRA y fecha aproximada en que el patrono se propone dar de baja a la persona cobijada bajo esta ley debido a falta de pago.

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

☐ Consiento que Triple-S Salud me envíe los avisos, facturas, 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 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, libre de costo, de acuerdo con la Regla 102 del Reglamento del CSPR, 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. 5. Proveo esta autorización reconociendo el riesgo potencial de divulgación no autorizada al tener la información disponible en mi dispositivo (buzón de correos electrónicos o texto), la falta de controles de seguridad en mi dispositivo, entre otros riesgos asociados a la forma que acceda o maneje la información que se me comparta que pudieran afectar la privacidad y seguridad de mi información.

Este consentimiento puedo 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: _____

AUTORIZACIÓN

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 puedo 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.

INSTRUCCIONES

Todas las secciones sombreadas son para uso de Triple-S Salud únicamente. Asegúrese de leer detenidamente el Certificado de Beneficios.

1. Llene esta solicitud con tinta, en letra de molde. Complete todos los encasillados, excepto las secciones sombreadas.
2. Todos los nombres deben escribirse así: apellidos, nombre e inicial del segundo nombre.
3. 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.
4. La cubierta básica (hospital, médico-quirúrgico y ambulatorio), así como las cubiertas opcionales, Trasplante y Seguro de Vida aplican de acuerdo a lo establecido en la póliza.
5. Los beneficios y servicios que se cubren en la cubierta básica así como sus endosos aplican de acuerdo a lo establecido en la póliza.
6. Para ser elegible a la cubierta Complementaria (Care Plus) de Triple-S Salud, la persona debe estar acogida al seguro de hospital y seguro médico bajo Medicare (Parte A y Parte B). Acompañe documento que así lo acredite y copia del Certificado de Nacimiento.
7. Asegúrese que la información que nos provea sea correcta y completa. Firme la solicitud e indique la fecha.

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 mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida puede ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, puede ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que la información en esta solicitud es correcta; que nunca, directa ni indirectamente, he presentado una reclamación o evidencia en apoyo de la misma, que sea falsa o fraudulenta, con el propósito de obtener su pago con arreglo a un contrato de seguros y autorizo a Triple-S Salud para que verifique tales hechos y tal información y para que cancele mi seguro en caso de que lo antes certificado no sea cierto.

En caso de que la póliza sea 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. Al asumir tal responsabilidad, no limito el derecho que tiene Triple-S Salud para tomar cualquier acción que en mi contra pueda ser iniciada conforme a la Ley.

PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO	SP0008950	
NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DEL GRUPO	FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO
NOMBRE DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA (MES / DÍA / AÑO)

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple las condiciones de la póliza, para gastos de hospital o médicos solamente cuando usted es atendido para una de las enfermedades o condiciones de salud enumeradas en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro Complementario de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos.
Medicare paga beneficios extensos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

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 1-866-215-1999. 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 habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1999. 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.