

**SOLICITUD DE INGRESO CUBIERTA GRUPAL**
 Ingreso nuevo      Grupo: \_\_\_\_\_      Efectividad: \_\_\_\_\_  
 Renovación      División: \_\_\_\_\_      Vencimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre del Suscriptor Principal**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Número de Seguro Social				
Dirección Postal				Dirección Física						
Zip Code				Zip Code						
Teléfono Residencial	Celular	Estado Civil	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
¿Tiene otro Plan Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Email: _____				
Indique cuál:										

**Dependientes Directos**

Parentesco	Apellido Paterno/Apellido Materno/Nombre/Inicial	Edad	Fecha Nacimiento mes/día/año	Sexo	Indique si tiene otro plan. Si es incapacitado. Incluya evidencia.
Cónyuge					
	Seg. Soc.				
	Seg. Soc.				
	Seg. Soc.				
	Seg. Soc.				
	Seg. Soc.				

**Selección de Cubiertas**

 Cubierta Opcional de Vida  Otra: \_\_\_\_\_ Individual  Pareja  Familiar   
 [Universal Life Insurance Co.]  CUD Econo  CUD Plus  CUD Max

**Beneficiarios Cubierta de Vida (total de por ciento debe sumar 100%)**

Apellido Paterno/Apellido Materno/Nombre/Inicial	Sexo	Fecha e Nacimiento MM/DD/YYYY	Parentesco	Por ciento

Nombre Orientador (letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma del Orientador: \_\_\_\_\_

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de cubierta o, que presentare, ayude 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 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."

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Suscriptor

 \_\_\_\_\_  
 Fecha



## FORMULARIO DE VERIFICACION DE INFORMACIÓN

(Escoja una opción)  Nuevo Ingreso  Conversión  Seguro Social Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento (m/d/a): \_\_\_\_\_ Género:  F  M Fecha Efectividad: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_ Número de Socio: \_\_\_\_\_

Nombre del Socio: \_\_\_\_\_ Fecha expiración: \_\_\_\_\_

CUD Econo	
Individual	\$ 136.00 _____
Pareja	\$258.00 _____
Familiar	\$383.00 _____

CUD Plus	
Individual	\$203.00 _____
Pareja	\$376.00 _____
Familiar	\$470.00 _____

CUD Max	
Individual	\$302.00 _____
Pareja	\$560.00 _____
Familiar	\$665.00 _____

Cantidad de pago: \$ \_\_\_\_\_

Forma de Pago:  Transacción Electrónica  Efectivo  Cheque

### DOCUMENTOS PENDIENTES ( Este contrato debe estar acompañado por los siguientes documentos, si aplican)

- \_\_\_\_ Carta de Asegurabilidad Previa (certificación de cancelación de la cubierta anterior)
- \_\_\_\_ Sentencia del Tribunal de Justicia para casos de adopción o custodia
- \_\_\_\_ Copia de Recibo Membresía (socio Nuevo)
- \_\_\_\_ Autorización de pago fijo (si aplica)
- Pago del primer mes (a nombre de CUD Salud)

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que fui orientado(a) por el Representante Autorizado sobre los requisitos necesarios para la suscripción del plan médico. Me comprometo a enviar cualquier documento pendiente que se me requiera en o antes de **diez (10) días\*** previos a la efectividad de la póliza solicitada.

Entiendo y acepto que de no permanecer activa la membresía del centro unido de detallistas, puedo ser dado de baja de los programas de plan médico, en cuyo caso debo devolver la tarjeta de asegurado que provee servicios de salud a mi persona y/o familia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



## Solicitud de Pago Automático (Fijo)

ACH MENSUAL

Información del Asegurados(as) o Grupo(s):

Nombre(s) Asegurado(s)	Número(s) de Contrato(s)

Teléfonos: Res: \_\_\_\_\_ Trab: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información Bancaria	/___/ Cuenta de cheques	/___/ Cuenta de Ahorros
----------------------	-------------------------	-------------------------

Nombre del Banco o Institución Financiera:  
 \_\_\_\_\_

Número de Cuenta:  
 \_\_\_\_\_

Nombre según aparece en el estado de cuenta del banco:  
 \_\_\_\_\_

Número de ruta y tránsito (ABA)  
 \_\_\_\_\_

Cantidad a pagar: \_\_\_\_\_

### Notas importantes:

1. Si la cuenta de banco no está a nombre del asegurado, es el firmante de la cuenta, quien debe autorizar la transacción.
2. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del asegurado o poseedor de la cuenta, quien concederá a CUD Salud y al banco el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestra oficina, ser enviada por correo a CUD Salud, PO Box 190127 San Juan, Puerto Rico 00919, vía facsímil 787-641-8407 o correo electrónico [info@salud@cuhsalud.com](mailto:info@salud@cuhsalud.com).
3. De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del asegurado notificarlo con treinta días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático. Sus estados de cuenta serán el recibo de pago. CUD Salud se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.
4. Autorizo a CUD Salud: a ordenar crédito o débito a mi cuenta por razón de ajustes o pagos en exceso que pudieran ocurrir, sobre lo cual seré debidamente informado.
5. ***"Todo cheque o pago electrónico emitido a favor de CUD Salud que sea devuelto, resultará en un cargo por procesamiento de \$20.00, que será debitado electrónicamente de su cuenta bancaria por CUD Salud, Inc. Al efectuar su pago mediante cheque o débito electrónico por transacción individual o bajo plan automático mensual, usted expresamente autoriza lo anterior".***

Firma: \_\_\_\_\_

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