



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO GRUPAL

POR FAVOR COMPLETE LA INSCRIPCIÓN EN LETRA DE MAYÚSCULA, UTILIZANDO TINTA AZUL O NEGRA. LA INSCRIPCIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA PODER SER PROCESADA, INCLUYENDO EL ESPACIO PARA EL SEGURO SOCIAL.

No deseo participar en el Plan de Salud ofrecido por la compañía ACCESO Organización Proveedora es Preferible (PPD) Cuidado Coordinado (HMO)*

ACCIONES REALIZAR Rinsustitución Renovación Terminación

Tipo de Beneficio (Grupos 2-50): Dental 200 Dental 300 Dental 400 Seguro de Vida Farmacia Visión
 Global Premium: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión Médico (incluye seguro de vida) Dental Farmacia Visión
 Global Health: Médico, Farmacia, Dental 100 y Visión Médico Dental 300 Dental 400 Seguro de Vida
 Global Elite: Médico, Farmacia, Dental 200 y Visión Médico Dental 300 Dental 400 Seguro de vida

Para uso oficial de MCS: Num. de Paquete de Beneficio asignado

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Num. Seguro Social o Num. Contrato (Requerido) Apellidos del Asegurado o Empleado Nombre de Asegurado o Empleado Sexo M F Num. de Grupo

Dirección Postal del Empleado, Urb. # Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal Tel. Residencia Tel. Trabajo Tel. Celular Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año Num. de División

Correo Electrónico (E-mail) Num. de contrato de Medicare (HICN) (Requerido) Nombre del Patrono Fecha de Efectividad Mes / Día / Año

Retirado Incapacitado COBRA Tipo de Cambio: Mes / Día / Año Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Uso de tabaco: SI No Selección de Cobertura Individual Pareja Familiar Pareja Familiar Pareja Familiar Pareja Familiar

¿Está usted asegurado bajo otro plan de salud, HMO o Medicare? SI No Nombre de la aseguradora que provee el otro plan Num. de póliza Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año Tipo de beneficio del otro plan Médico Dental Farmacia Visión

***SELECCIÓN DE GRUPO MÉDICO Y MÉDICO PERSONAL (PARA PLANES CON MODELO DE ACCESO DE CUIDADO COORDINADO)**
 El grupo médico y el médico personal (PCP) puede ser: generalista, médico de familia, internista, ginecologobstetra o pediatra) que escoge tiene que estar contratado por MCS Life Insurance Company, para proveer dichos servicios dentro del modelo de cuidado coordinado. El asegurado y todos sus dependientes podrán elegir un médico personal diferente, que forme parte del mismo grupo médico. Las aseguradas podrán seleccionar a su médico personal (médico de familia, internista o generalista), además de seleccionar a su ginecologobstetra. En caso de embarazo, su médico personal será el ginecologobstetra, quien debe formar parte del grupo médico seleccionado. Una vez culminado el embarazo, regresará al cuidado de su médico personal (médico de familia, internista o generalista). Este proceso es individual para cada una de las personas que son elegibles en el plan familiar.

ASEGURADO PRINCIPAL Nombre de grupo médico: _____ Número de grupo médico: _____
 Nombre de médico personal: _____ Número de médico personal: _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE DESEA INCLUIR BAJO SU PLAN: Es importante que tanto usted y cualquiera de sus dependientes elegibles mayores de 21 años completen el campo de E-mail para que reciban información del plan y otros documentos promocionales de manera electrónica. Rápidamente, entre otros documentos, el Aviso de Prácticas de Privacidad y una notificación trimestral sobre la disponibilidad del Informe Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) en nuestra página de internet www.mcs.com.pr. Solo el asegurado principal podrá acceder el EOB de los dependientes menores de 21 años.

Incluir: Cónyuges biológicos, hijos adoptivos biológicos e hijos que sean elegibles

Código Participante	Apellido / Nombre / Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Uso de tabaco** <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco (definición)	Num. Seguro Social (Requerido) o Num. Contrato	¿Está su dependiente asegurado por otro plan?	Nombre de la aseguradora que provee el otro plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año	Número de póliza	Tipo de cobertura de otro plan <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Tipo de beneficio del otro plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Visión
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Nombre y número PCP								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
OB/GYN (si aplica)								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Nombre y número PCP								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
OB/GYN (si aplica)								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
Nombre y número PCP								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
OB/GYN (si aplica)								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					

Código Participante	Apellidos / Nombre / Inicial	Uso de tabaco*	Sexo F / M	Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Edad	Parentesco descripción	Num. Seguro Social (Requerido) ó Num. Contrato	¿Está su dependiente asegurado por otro plan?	Nombre de la aseguradora que provee el otro plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año	Número de póliza	Tipo de cobertura del otro plan	Tipo de beneficio del otro plan	Incapacitado (SI / No)
		() SI () No						() SI () No	() Individual () Pareja () Familiar			() Médico () Dental () Farmacia () Vision		
Correo electrónico														
Nombre y número PCP														
OBIGYN (si aplica)														
Correo electrónico														
Nombre y número PCP														
OBIGYN (si aplica)														

* Uso de tabaco: significa el uso de tabaco un promedio de cuatro o más veces a la semana dentro de un período de no más de tres meses. Incluye productos de tabaco, exceptuando el uso de tabaco para fines religiosos o ceremoniales. Además el uso de tabaco, se define en función de la última vez en que se usó el producto de tabaco.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si su cónyuge y/o dependientes tienen otro plan de salud, indique si es empleado activo o retirado

Cónyuge	Activo / Retirado	Fecha de retiro Mes / Día / Año	Si su cónyuge y/o dependientes son retirados, indique fecha de retiro
Dependiente	Activo / Retirado	Fecha de retiro Mes / Día / Año	
Dependiente	Activo / Retirado	Fecha de retiro Mes / Día / Año	
Dependiente	Activo / Retirado	Fecha de retiro Mes / Día / Año	

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubierto por Medicare?

() Usado	Parte A	Parte B	Parte D
() Su cónyuge	Parte A	Parte B	Parte D
() Dependiente	Parte A	Parte B	Parte D
() Dependiente	Parte A	Parte B	Parte D
() Dependiente	Parte A	Parte B	Parte D

REQUERIDO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Asegurado de grupo Pymes (2-50 empleados): Si su patrono seleccionó un producto que incluye seguro de vida, escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro. Si su patrono no seleccionó un producto que incluye seguro de vida, este beneficio no aplica a su cubierta.

Asegurados de grupos que no son Pymes (grupos 51 empleados en adelante): la cubierta seleccionada por su patrono incluye seguro de vida. Favor escriba el nombre de las personas que recibirán el beneficio de su seguro.

Beneficiarios Principales	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio	Beneficiarios Contingentes	Parentesco	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Beneficio

Notas: 1. Un asegurado puede nombrar a uno (1) o más beneficiarios para recibir la cantidad pagadora a su muerte. El nombramiento o cambio de beneficiario debe ser por escrito, firmado por el asegurado y registrado en MCS Life Insurance Company.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Certifico que he o me fue leída la información ofrecida por mí en este formulario, que la misma es cierta y correcta. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra institución de servicios médicos, compañía de seguro u otra institución a proveer la información que MCS requiera.

Firma del Empleado	Fecha

OPORTUNIDADES DEL PLAN DE SALUD

1. Autorizo el pago de cualquiera y todos los beneficios pagaderos bajo la póliza a cualquier proveedor de servicios de salud autorizado que preste tratamiento para mí y mis dependientes.

2. USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información relacionada con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud en inglés. MCS Life Insurance Company como administrador del Plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud.

Para más detalles sobre ley HIPAA y las prácticas de privacidad acceda a www.medicare.com, selección HIPAA. Note de Privacidad.

3. AVISO DE FRAUDE

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 8 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.33 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentara, ayude o hiciera presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentara más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en dolo grave y convicción que tuere, 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 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravadas, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de 5 años, de mediar circunstancias agravadas, podrá ser reducida hasta un mínimo de 2 años."

4. Certifico que recibí orientación sobre los beneficios bajo todas las alternativas de Plan de Salud ofrecidas por mi patrono.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error favor de notificar inmediatamente al 787-758-2500 para bases los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

MCS-2 Rev. 11/2013 Rev. 5/2014

AVISO SOBRE CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y RELEVO ESCRITO DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____ con número de identificación _____, cumpliré con las obligaciones establecidas en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000, la cual lee de la siguiente manera:

Se le requiere y exige a todo asegurado que se familiarice con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Como prueba del cumplimiento de tal requisito se le requiere a todo asegurado que con anterioridad a la firma de cualquier contrato, firme una declaración o relevo escrito en el cual se haga constar que le fue suministrada, leyó y se ha familiarizado con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o con el resumen aprobado por el Departamento de Salud.

Si tiene alguna duda o necesita orientación sobre sus derechos o responsabilidades favor de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud al 787-977-0909 o con el Comisionado de Seguros al 787-304-8686 para pedir ayuda en cualquier momento. Por este medio relevo a MCS Life Insurance Company de cualquier responsabilidad que pueda surgir de mi incumplimiento con lo dispuesto en este documento y en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000.

Recibí un resumen adecuado y razonable de la Carta de Derecho y Responsabilidad del Paciente.

Nombre del Representante Autorizado: _____ Firma del Representante Autorizado: _____

Código del Representante Autorizado: _____ Firma del asegurado principal: _____

Nombre del Asegurado Principal: _____ Fecha: _____

DERECHOS DEL ASEGURADO

- Recibir servicios de salud de alta calidad.
- Ser tratado con respeto y reconocer su derecho a la dignidad y privacidad.
- Recibir información de su médico, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, incluyendo rechazar tratamiento médico.
- Recibir de parte de su médico toda la información sobre su condición, opciones de tratamientos disponibles y sus costos.
- Discutir las opciones de tratamiento médicamente necesario para su condición, independientemente del costo y/o que el servicio esté cubierto.
- Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y obedecer sus decisiones y preferencias en cuanto a su tratamiento.
- Recibir orientación de su médico sobre las guías o directrices adelantadas de su preferencia y el método para establecerlas. Hacer uso de las mismas para su tratamiento médico.
- Seleccionar grupo médico, proveedor de servicios primarios, especialista, laboratorio, farmacia y rayos X de su preferencia, que estén incluidos en la lista de proveedores de salud de MCS Life Insurance Company.
- Cambiar de grupo médico, proveedor de servicios primarios siguiendo los procesos establecidos por MCS Life Insurance Company.
- Su información médica será mantenida bajo estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud, conforme al estándar de privacidad de la Ley HIPAA.
- Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, en caso de cancelación o terminación de un plan o proveedor, el paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor. El paciente tiene derecho a que la entidad aseguradora le notifique dicha terminación o cancelación, con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.
- En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de la hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el período de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.
- En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos lo que suceda último.
- En caso de paciente diagnosticado con condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con esa condición antes de la fecha de terminación, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.
- Ser atendido(a) en cualquier Sala de Emergencias en Puerto Rico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización de su proveedor de servicios primarios o aseguradora.
- Recibir trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de salud.
- No se discriminará en contra de ningún paciente por causa de la naturaleza pública o privada de las facilidades ni de cualquier consideración a criterios de raza, color, sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.
- Todo proveedor, institución médico hospitalaria y toda entidad aseguradora proveerán a todo paciente, acceso rápido a los expedientes y récords de éste. El paciente tiene derecho a recibir copia de su record médico en un período que no excederá de cinco (5) días, en los casos en que el expediente médico sea solicitado a una institución médico hospitalaria, el mismo deberá ser entregado en un término no mayor de quince (15) días laborables, mediante el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco (75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) dólares por record médico.
- Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver las diferencias con sus planes de cuidado de salud y cualquier profesional o facilidades de cuidado médico y también, tener disponible una manera de apelar cualquier decisión.
- A que sea fácil para usted conseguir los servicios médicos adecuados para su condición.
- Recibir servicios médicos cuando lo solicite y sean médicamente necesarios, que estén incluidos en su cubierta de beneficios.
- Ningún plan de seguro de salud podrá imponerle cláusulas de mordazas a sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios o cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con dichos asegurados y beneficiarios sobre las opciones de tratamiento disponibles.
- Radicar una querrela ante MCS Life Insurance Company, en cualquier momento que usted no esté satisfecho(a) con los servicios que está recibiendo. Debe referirse a la parte posterior de su tarjeta donde encontrará el número de teléfono de Servicio al Cliente.
- Comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud al 787-977-0909 o con el Comisionado de Seguros al 787-304-8686 para pedir ayuda en cualquier momento.
- Derecho a solicitar o que se le provea un recibo de los gastos incurridos por concepto de pago, parcial y/o total de deducible u otros, al momento de efectuar los mismos, incluyendo, como mínimo nombre de la facilidad o proveedor de servicios, número de licencia y especialidad, fecha de servicio prestado, nombre del paciente, nombre de la persona que paga los servicios si no es el paciente, cantidad pagada por servicio, y firma del oficial autorizado por la facilidad o proveedor.
- Recibir servicios de un especialista según la lista de proveedores de MCS Life Insurance Company, de acuerdo a los procedimientos de referido establecidos por su plan médico.
- Leer su contrato o libro de beneficios de cubierta.

RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

- Proveer a su médico la información de salud más completa y exacta que le sea posible, sobre su condición de salud actual, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.
- Informarle a su médico los cambios inesperados en su condición de salud.
- Proveer copia de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si existen, de sus deseos de recibir o no tratamiento médico para prolongar la vida.
- Mantenerse en buen estado de salud llamando y visitando a su proveedor de servicios primarios.
- Seguir el tratamiento médico acordado con su médico.
- Informar a su profesional de la salud si anticipa problemas en el tratamiento prescrito.
- Los pacientes son responsables de reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado.
- Participar en todas las decisiones relacionadas a su cuidado de salud.
- Proveer información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar oportunamente todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
- Informar si tiene otro plan médico.
- Informar a las autoridades sobre cualquier actuación impropia o fraude del que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
- Responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.
- Informarse sobre el tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querrelas de su plan médico.
- Pagar el deducible asignado, según indique su tarjeta.
- Respetar que los servicios de este plan son para la persona que se suscribe. El uso indebido de la Tarjeta de Salud MCS Life Insurance Company, es prohibido por ley.
- Respetar el disfrute de otras personas al servicio ofrecido en las facilidades de salud.
- Los pacientes, sus familiares o acompañantes son responsables de hacer los arreglos correspondientes para que las necesidades del hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y la posibilidad de equivocarse (falibilidad) del profesional de la salud.
- No demostrar conducta inmoral ni alterar la paz en las facilidades de salud.



Multinational Life Insurance Company

— Seguro te Responde —



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO DE VIDA GRUPAL

Socio o Empleado

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

--	--	--	--	--	--

Número de Seguro Social

--	--	--	--	--	--

Dirección

Calle y Número	Ciudad	Estado	Código Postal

Estado Civil

Casado Soltero

Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Entidad Asegurada

**CENTRO UNIDO DETALLISTAS (CUD)
- MIEMBROS PLAN MEDICO**

Número de Póliza

1 - 4889

Beneficiarios (Nombre Completo)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Proporción y Orden en el Pago del Beneficio

He recibido información sobre la cubierta de seguro mencionada anteriormente. Por la presente, libre y voluntariamente, AUTORIZO a Multinational Life Insurance Company, aseguradora de la entidad arriba indicada, a que pague a los beneficiarios designados aquí, la cantidad por concepto de Seguro de Vida Básico a la cual yo pudiese tener derecho en la fecha de mi muerte. Esta designación revoca cualquier otra hecha con anterioridad a la fecha de hoy. Me reservo el derecho de cambiar mi(s) beneficiario(s) en cualquier momento.

Firma

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA

Nombre del Negocio del Socio o Empleado

--

Fecha de Elegibilidad

Día	Mes	Año

Firma Autorizada de la Entidad Asegurada

Fecha

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA
(Favor de no escribir en este espacio)**

Fecha de Efectividad

Día	Mes	Año

Clasificación

--

Número de Certificado

--

Cantidad de Seguro de Vida

--

INFORMACION Y SERVICIO: (787) 641-8410 / infosalud@cudsalud.com

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: _____

MCS-B3	
Individual	\$ 333
Pareja	\$ 661
Familiar	\$ 791

MCS-C3	
Individual	\$ 384
Pareja	\$ 763
Familiar	\$ 914

MCS-E	
Individual	\$ 117
Pareja	\$ 229
Familiar	\$ 274

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)
- Certificado (s) de Nacimiento de dependiente(s)
- Certificado de Matrimonio
- Sentencia del Tribunal de Justicia para casos de adopción o custodia
- Evidencia de Empleo (Planilla Trimestral)
- 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.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante



PO Box 190127 • San Juan, Puerto Rico • 00919-0127 • T: (787) 641-8410 • F: (787) 641-8407
E: infosalud@cudsalud.com • www.cudsalud.com

Solicitud de Pago Automático (Fijo)

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 infosalud@cudsalud.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: _____