

"Con la Asociación de Empleados, sé que lo estoy haciendo bien"

**SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO POR MUERTE
Y POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADOS**

_____ Ingreso _____ Reconsideración _____ Reingreso _____ Cambio de Plan
_____ Cambio en el límite de la cubierta del Plan _____ Reinstalación _____ Conversión

INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE

- Este formulario puede ser utilizado para solicitar cualesquiera de los planes de seguro que ofrece la Asociación para socios de nuevo ingreso. Además, se puede utilizar para solicitar cambios en planes o límites de cubierta, si usted ya es socio asegurado. También para solicitar reingreso, reconsideración y reinstalación si por alguna razón usted ha perdido el seguro o se le ha denegado el ingreso al mismo.
- Llene este formulario en original a maquinilla o letra de molde.
- Lleve este formulario a la agencia donde presta servicios para la certificación que se requiere en la Parte II y complete la otra información.
- El mismo debe ser radicado personalmente por el socio en la Oficina Central de la Asociación o cualesquiera de nuestras Sucursales.
- La fecha de la Certificación de la Agencia vence a los quince (15) días calendarios.
- Se requerirá fotocopia de identificación válida con foto y firma.
- Si está en disfrute de licencia sin sueldo no complete esta solicitud, ya que no será procesada y la misma le será devuelta. Los socios en licencia sin sueldo no podrán ingresar al Seguro por Muerte, cambiar de plan de seguro, ni hacer cambios en la cubierta del plan al cual ya estén acogidos. Tampoco podrán solicitar reingreso ni reconsideración al seguro mientras dure tal licencia sin sueldo.

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

1. APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE		2. NÚMERO SEGURO SOCIAL	
3. DIRECCIÓN POSTAL						4. NÚMERO DE EMPLEADO	
5. DIRECCIÓN RESIDENCIAL						6. TEL. RES. _____ TEL. OFICINA _____	
7. DEPTO., AGENCIA, CORPORACIÓN O MUNICIPIO DONDE TRABAJA				8. PUESTO QUE OCUPA		9. STATUS DEL EMPLEO ____ REGULAR ____ CONFIANZA ____ PROBATORIO ____ OTRO	
10. FECHA DE NACIMIENTO ____ Mes ____ Día ____ Año			11. SEXO ____ M ____ F		12. INDIQUE SI TIENE PLANIFICADO CESAR EN EL SERVICIO PÚBLICO, DENTRO DE LAS PRÓXIMOS SESENTA (60) DÍAS. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

II. CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO, AGENCIA, CORPORACIÓN O MUNICIPIO

1. APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE DEL EMPLEADO			
2. NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DE LA AGENCIA, DEPARTAMENTO, CORPORACIÓN, O MUNICIPIO QUE CERTIFICA							
3. STATUS DEL EMPLEADO ____ Regular o Permanente ____ Probatorio ____ Confianza ____ Otro		4. LICENCIA POR ENFERMEDAD Desde _____ Hasta _____ Condición _____		5. LICENCIA SIN SUELDO Desde _____ Hasta _____ Razón _____		6. FECHA QUE ADQUIRIÓ STATUS DEL EMPLEO	
8. FECHA COMENZÓ A COTIZAR AHORROS			9. SUELDO MENSUAL BRUTO NETO			7. ¿COTIZA PARA AHORROS? <input type="checkbox"/> Sí 3% <input type="checkbox"/> Si es más del 3% indique el por ciento que aporta el socio _____	

10. **CERTIFICACIÓN:**
Certifico que la información anteriormente suministrada es correcta. Teléfono del funcionario que certifica _____

_____ Fecha de Certificación _____ Nombre en Letra de Molde Jefe o Representante Autorizado _____ Firma Jefe o Representante Autorizado

III HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Apellidos _____ Seguro Social _____
 Puesto y Funciones que desempeña _____ Número Contrato _____

1. Peso: _____ Estatura: _____ Edad: _____
 2. ¿Practica algún deporte o pasatiempo? Sí _____ No _____. Si indica sí, diga cuál _____
 Indique frecuencia _____

3. ¿Alguna vez se le ha indicado, o tiene usted conocimiento de tener, o ha sido diagnosticado, o tratado de algunas de las siguientes enfermedades o síntomas? (Indique subrayando las que apliquen).

Condiciones	Síntomas	Sí	No
Ojos, Oído, Naríz y Garganta	Catarata, Glaucoma, /Alergia/ o alguna otra Enfermedad de los Ojos, Oídos, Naríz y Garganta.		
Pulmonar	Asma, Bronquitis, Fatiga, Pulmonía, Enfisema, Tuberculosis o alguna otra Afección Respiratoria.		
Cardiovascular	Angina, o dolor de pecho, Infarto de Miocardio, Arritmia, Claudicación, Alta Presión u otra Afección Cardiovascular.		
Gastrointestinal	Enfermedades del Esófago, Estómago, Tracto Intestinal, Hígado, Páncreas u otra Afección del Sistema Gastrointestinal.		
Urológica	Afecciones del Tracto Urinario (UTI), Hematuria, Litiasis, Albuminuria, Enfermedades de la Prostata u otra Afección del Tracto Urogenital.		
Ginecológica	¿Embarazada? ¿Cuántos meses? ¿Infecciones Vaginales?		
Hematología / Oncología	Cáncer, Leucemia/Anemia/ Pérdida de Peso u otras Afecciones Terminales.		
Transfusiones	¿Se hizo alguna Transfusión?		
HIV - Enfermedades Infecciosas	HIV/SIDA/Complejo relacionado al SIDA (ARC) Hepatitis/ Enfermedades Sexualmente Transmisibles o alguna otra Enfermedad Infecciosa.		
Dermatológica	Alergias, Tumores, Erupciones, Decoloración de la piel o cualquiera otra Enfermedad Dermatológica.		
Músculo Esquelético	Osteoartritis, Artritis Reumatoidea, Polimiositis, Esclerosis Múltiple, Distrofía Muscular, Polio, Pérdida de una Extremidad o cualquier Enfermedad o Condición de los Huesos o Articulaciones.		
Endocrinológica	Diabetes, Aumento del Colesterol y Triglicéridos, Enfermedad de la Glándula Tiroides u otra Enfermedad del Sistema Endocrino.		
Neurológica	Epilepsia, Dolor de Cabeza, Mareos, Accidente Cerebro Vascular, Parálisis u otra Enfermedad Neurológica.		
Historial Psiquiátrico	Ansiedad, Depresión, Psicosis, Intento de Suicidio, Tratamiento de Desintoxicación, de Drogas o Alcohol u otra Afección Mental. Indique ¿Cuál? _____		
Substancias Tóxicas	¿Fuma Usted? Núm. de cigarrillos por día _____. ¿Ingiere Alcohol? _____ onzas. Utiliza algún tipo de drogas? Sí _____ No _____		

4. ¿Ha consultado usted o ha sido tratado por algún médico por cualquier causa que no se ha mencionado anteriormente?

Explique: _____

5. ¿Tiene usted Médico de Cabecera? Sí ____ No ____.

Nombre _____ Teléfono _____.

Dirección _____.

6. En los últimos cinco (5) años ¿Ha sido hospitalizado o tratado en una Sala de Emergencia, Centro de Salud Mental o sometido a alguna intervención quirúrgica? Sí ____ No ____ Indique cuál _____.

¿Ha estado reportado al Fondo del Seguro del Estado? Sí ____ No ____.

¿Ha estado reportado a la ACAA? Sí ____ No ____.

Hospital	Cirugías

7. De contestar sí a algunas de las preguntas anteriores, detalle: diagnóstico, fecha y tratamiento.

Diagnóstico	Fecha	Tratamiento

8. ¿Posee algún Plan de Salud? Sí ____ ¿Cuál? _____ No ____.

a. Indique Planes de Salud anteriores y fecha:

Plan _____ Fecha _____.

Plan _____ Fecha _____.

9. ¿Tiene usted algún Seguro de Vida? Sí ____ No ____.

Nombre de la Compañía _____.

Fecha de emisión de la Póliza _____.

10. ¿Alguna vez esta Asociación o cualquier otra entidad de Seguros le ha denegado algún Seguro de Vida? Sí ____ No ____.

De contestar Sí a la pregunta anterior, indique:

a) Nombre de la Entidad _____.

b) Fecha _____.

c) Motivos _____.

_____.

_____.

11. ***Autorización para que se suministre Información Médica:**

Autorizo a la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a que verifique con médicos, hospitales, laboratorios, proveedores de servicio de salud, así como el Sistema de Retiro, Fondo del Seguro del Estado, aseguradores, agencias de gobierno y agencias de información sobre crédito, cualquier información relacionada con mi condición de salud física y mental. Igualmente, autorizo a que obtenga de todos los mencionados cualquier otra información que dichas personas o entidades tengan disponible, incluyendo documentos y récords médicos y datos o determinaciones sobre reclamaciones relacionadas con mi persona tramitadas por ellos o ante su consideración, que la Asociación considere pertinente y material para evaluar mi solicitud de ingreso al seguro o cualquier reclamación sometida a la Asociación por mis beneficiarios o herederos legales al amparo de la póliza solicitada, si la misma fuera emitida.

Asimismo, autorizo a todos los mencionados a suministrar dicha información a la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y me comprometo a no hacerles reclamación alguna, amparándome en la información divulgada, por la vía legal ni de ningún otro modo, ni a la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni a las personas, entidades o agencias que suplan la información que ésta solicite.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

***Confidencialidad:** Toda la información, evidencia médica o de otra naturaleza, requerida para cumplir con los trámites del seguro será estrictamente confidencial y no será divulgada para otros propósitos a terceras personas.

DEFINICIONES

1. Ingreso - Para los socios en servicio activo depositantes al Fondo de Ahorro y Préstamos, que nunca antes han solicitado ingresar al Seguro por Muerte.
2. Reconsideración - Para los socios que solicitan ingresar al Seguro luego de haber sido denegada o clasificada substandard una solicitud anterior por razones médicas.
3. Reingreso - Para los socios que solicitan nuevamente ingreso al seguro, luego de haber perdido sus derechos al mismo.
4. Cambio de Plan - Para los socios que desean cambiar el plan de seguro al cual pertenecen por otro plan diferente.
5. Cambio en el límite de la Cubierta del Plan - Para los socios que desean cambiar el límite de la cubierta, dentro del mismo plan de seguro al cual ya pertenecen.
6. Reinstalación - Para los socios que solicitan dentro del término de tiempo establecido por la Asociación, se le reinstale su póliza luego de haber terminado la misma según dispuesto en el Reglamento de Cobro de Cuotas del Nuevo Programa de Seguros.
7. Seguro Grupal Básico - Seguro de término que provee protección hasta los 70 años a cambio de una prima mensual fija.
8. Seguro Vitalicio - Provee protección durante toda la vida del socio. Acumula valores de rescate, pagaderos únicamente a la cancelación de la póliza. El socio podrá adquirir la cantidad de seguro que desee después que cumpla con los límites que establezca la Asociación. La prima se pagará por toda la vida o hasta cumplir los 70 años, según sea la opción del socio.
9. Seguro Diferido a la Edad 70 - Provee protección al socio a partir de la fecha en que éste cumpla 70 años de edad. Si el socio muere antes de cumplir los 70 años, se pagarán los valores de rescate en efectivo que haya acumulado la póliza. La prima se pagará por toda la vida o hasta cumplir los 70 años, a opción del socio. Este seguro se ofrecerá en combinación con el Seguro de Término Grupal Básico.
10. Valor de Rescate en Efectivo - Es el ahorro acumulado por una póliza de seguro individual vitalicia o diferida, durante la vigencia de la misma. Este se calcula mediante un método señalado por el Código de Seguros y su importe varía según el plan de seguro (vitalicio o diferido), el tiempo transcurrido desde la fecha de efectividad de la póliza, la Tabla de Mortalidad y la tasa de interés utilizada en su cómputo. De terminar la póliza por cualquier causa que no sea la muerte del asegurado, procederá conforme a reglamentación vigente pagar el Valor de Rescate acumulado a la fecha de terminación.
11. Cantidad de Cubierta - La cantidad del seguro será igual al sueldo anual del socio, sujeto a un mínimo de \$10,000.00 y un máximo de \$30,000.00.

DECLARACIONES

1. Entiendo y acepto que mis beneficiarios recibirán la devolución de las cuotas pagadas en caso de que:
 - a) Mi muerte ocurra durante el término de dos (2) años a partir de la fecha de efectividad del seguro y la Asociación determine antes o después de transcurridos los dos (2) años que mentí en la solicitud, bien porque ofreciera información material falsa, porque ocultara o dejara de revelar información material al contrato de seguros y que de acuerdo con las Normas de Selección de Riesgo vigentes en la Asociación en la fecha de efectividad del Plan de Seguro, éste no se hubiera aprobado o se hubiera expedido en otros términos.
 - b) Mi muerte ocurra dentro del término de dos (2) años a partir de la fecha de efectividad del seguro y la Asociación determine que la causa de la misma fue suicidio.
2. Entiendo y acepto que de ser aprobado el Plan que solicito: la Solicitud de Ingreso será parte del Contrato del Seguro y las declaraciones contenidas como parte de esta Solicitud, se tratarán como representaciones y no como garantías. Si dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de aprobación del Plan de Seguro, la Asociación determina que alguna de la información contenida en la solicitud es falsa o que oculté o dejé de revelar información material al contrato de seguro y que de acuerdo con las Normas de Selección de Riesgo vigentes en la Asociación en la fecha de aprobación del Plan de Seguro, de haberse conocido la verdad, la póliza no se hubiera expedido bajo otros términos, podrá dar por terminado el contrato de seguro y me devolverán las cuotas pagadas.
3. Entiendo y acepto que, de ser expedido el Plan de Seguro que solicito, mis beneficiarios recibirán el importe de la suma asegurada al ocurrir mi deceso, sujeto a las cláusulas y condiciones de la póliza, de la Ley Núm. 133 del 28 de junio de 1966 enmendada, y del Reglamento del Nuevo Programa del Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurados de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
4. Las disposiciones (2) y (3), se basan en la Cláusula sobre el Período de Contestabilidad contenida en la póliza que me será expedida por la Asociación de ser aprobada esta solicitud, la cual se lee como sigue:

6.12 Período de Contestabilidad - La validez legal de esta póliza podrá cuestionarse sólo durante el término de dos (2) años, a partir de su fecha de efectividad. No obstante, si el Socio Asegurado muere durante el referido período de dos (2) años, la Asociación podrá cuestionar o disputar la validez legal de esta póliza en cualquier momento en que se radique la reclamación, aunque hayan transcurrido dos o más años desde la fecha de efectividad de la póliza. Si durante el Período de Contestabilidad la Asociación determina que no procedía la expedición de la póliza o que de haber tenido la información y elementos de juicio correctos al evaluar la solicitud del socio no hubiera emitido la misma, según sus prácticas y Normas de Selección de Riesgo, su única obligación será la devolución al Socio Asegurado, si éste viviera, o sus beneficiarios o herederos legales, si hubiere fallecido, de las primas pagadas. Si el Socio Asegurado sobrevive al referido período de dos (2) años, esta póliza será incontestable, una vez el mismo haya transcurrido. Cualquier incremento en la cantidad de Seguro autorizado con posterioridad a la fecha de efectividad de la póliza, estará sujeto a la aplicación de esta cláusula durante los dos (2) años siguientes a la fecha en que sea efectivo el aumento.

5. Edad falsamente expresada: Entiendo y acepto que de hallarse al momento de mi fallecimiento que mentí sobre mi edad, como la suma pagadera o el beneficio acumulado bajo la póliza será aquel que la prima habría comprado a la edad correcta, de acuerdo con la prima correspondiente en la fecha de expedición.
6. En los casos de conversión o cambios de plan en que no se requiera evidencia de asegurabilidad, el período de contestabilidad aplicará a la nueva póliza por el tiempo que falte para completar dos (2) años a partir de la fecha de efectividad de la póliza original.
7. Los párrafos (1), (2), (3) y (4) previos, no aplicarán en los casos de Socios Activos de Primera y Segunda Categoría cubiertos por el Programa del Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurado Sobreseído, a quienes la Junta Directores concedió, en el período 1994-97, el derecho a convertir sin evidencia de asegurabilidad sus categorías del Seguro por Muerte Sobreseído, a una de las opciones disponibles bajo el Nuevo Programa de Seguro por Muerte.

Nombre del Solicitante _____
 Nombre y Apellidos Paterno Materno

Término de vigencia _____ Cubierta: _____

 Firma del Solicitante

 Fecha

V. ACEPTACIÓN DE PLAN, CUBIERTA Y PRIMA SOBRE EL SOLICITANTE

Certifico que la Asociación me ha orientado con respecto a los distintos planes del seguro y me siento satisfecho con dicha orientación. También con el Plan de Seguro, Cubierta y Cuota que he seleccionado y la explicación que sobre los mismos se me ha ofrecido. Autorizo se descuenta de mi sueldo mensual, mientras esté en servicio activo, o de mi pensión mensual, después que me acoja al retiro, las cuotas que correspondan según se indican. En caso de que mi Agencia o Sistema de Retiro no me descontare las cuotas me comprometo a pagar las mismas de forma directa a la AEELA. Entiendo que la fecha de efectividad de este Seguro será aquella en que el Director del Departamento de Seguros o su Representante Autorizado apruebe y firme la solicitud.

Autorizo a que si con posterioridad a la fecha de aprobación del Plan de Seguro que solicito, disfrutare de licencia sin sueldo, licencia militar sin paga, o fuere suspendido de empleo y sueldo temporalmente, se comiencen a descontar las referidas cuotas una vez me reintegro a mi puesto, entendiéndose que las cuotas que tuviere atrasadas en ese momento, me podrán ser cobradas directamente o descontadas de préstamos futuros o de cualquier beneficio o reintegro a que tenga derecho.

Firma del solicitante

Fecha

VI. ACEPTACIÓN PLAN DE SEGURO GRUPAL BÁSICO (SEGURO DE TÉRMINO)

Certifico que la AEELA me ha orientado sobre el Periodo de Efectividad del Seguro de Término Grupal Básico hasta los 70 años. Entiendo que al seleccionar este Seguro, tendré la opción de convertir el mismo a un seguro vitalicio antes de cumplir los 70 años o hasta 60 días luego de cumplidos y pagando la prima correspondiente. Además, estoy consciente de que si no convierto mi Seguro Grupal y fuere Socio Pensionado Depositante, a mi fallecimiento, la Asociación pagará a mis beneficiarios y/o herederos legales aquellos beneficios para los que cualifique conforme la ley y reglamentos vigentes de AEELA.

Firma del solicitante

Fecha

VII. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información contenida en esta solicitud es cierta y que no he ocultado o dejado de revelar información material al contrato de seguro. Estoy consciente de que el ofrecimiento de información falsa puede conllevar acciones penales y/o la cancelación de la póliza.

Firma del solicitante

Fecha

PARA USO DE AEELA

VIII. CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO DE LA AEELA QUE ATENDIÓ AL SOLICITANTE

Certifico que he orientado al solicitante sobre los distintos planes del seguro y éste ha manifestado sentirse satisfecho con dicha orientación. También con el plan de seguro, cubierta y cuota que ha seleccionado.

Firma del Oficial o Empleado de AEELA

Fecha

IX. CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

Certifico que he verificado la Solicitud de Ingreso al Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurados, AEELA - 41 y que la misma se ha completado, según las instrucciones. Certifico además, que la información correspondiente al Plan seleccionado, la cantidad de cubierta y la Cuota Mensual a pagar indicadas en la solicitud de contrato seleccionado por el Asociado están correctas.

LA PRESENTE SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO POR MUERTE Y POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADO HA SIDO:

APROBADA, SEGÚN LAS CANTIDADES Y TÉRMINOS QUE SE INDICAN, CON EFECTIVIDAD AL DÍA 1º DEL MES SUBSIGUIENTE A LA FECHA DE APROBACIÓN Y FIRMA DE ESTA SOLICITUD. (R35 Art.IV (7))

DENEGADA