



TRIPLE-S VIDA, INC.
 P. O. BOX 363786
 SAN JUAN, P. R. 00936-3786
 Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

PATRONO	1. Nombre de la Compañía COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES PR	2. Código del Cliente 12998	2.1 Localización N/A	3. Clasificación del Empleado N/A	4. Ingreso Anual N/A
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completas con este patrono. N/A Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6. Fecha de COLEGIADO Día Mes Año		7. Ocupación
EMPLEADO	9. Apellidos Nombre		10. Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro: _____		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año
	12. Dirección Postal	Zip Code	Teléfono		13. Número de Seguro Social
14. Cubiertas Solicitadas <input checked="" type="checkbox"/> Vida					
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS					
15. Por la presente autorizo a Triple-S Vida, Inc. que designe en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
				100%	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE (S)					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
				100%	
AVISO					
<p>LA LEY NÚM. 18 DEL 8 DE ENERO DE 2004 ADVIERTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O, QUE PRESENTARE, AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO 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 MEDIAN CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA PENA FIJA ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAN CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES, PODRÁ SER REDUCIDA HASTA UN MÍNIMO DE DOS (2) AÑOS."</p>					
17. Certifico que las aseveraciones antes hechas son ciertas y completas. Autorizo a mi patrono a hacer las deducciones de mi salario para las aportaciones necesarias, si algunas, para las cubiertas solicitadas.					
Testigo de la Firma		Fecha		Firma	