



SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA PRUEBAS DE PREVENCIÓN

Número de Póliza: _____

Instrucciones: Favor de completar la solicitud en su totalidad. Una vez haya completado la solicitud, envíela a la siguiente dirección:

USIC Life Insurance Company
Dpto. de Reclamaciones
PO Box 2111
San Juan, PR 00922-2111

DOCUMENTOS REQUERIDOS: Recibo o factura de gastos incurridos que indique la fecha y código del procedimiento.

Nombre: _____ Seguro Social: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Dirección Residencial: _____ Dirección Postal: _____

¿Ha recibido usted tratamiento o se le ha diagnosticado Cáncer? Si ☐ No ☐ ¿Cuándo? _____

AVISO IMPORTANTE

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 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, sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) 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.

CERTIFICACION Y AUTORIZACION

Certifico que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, que suministren a USIC Life Insurance Company cualquier información pertinente a esta solicitud.

Certifico que he leído y entiendo lo antes expuesto.

Nombre del Asegurado

Fecha

Firma del Asegurado