



TRIPLE-S VIDA, INC.
PO BOX 363786, SAN JUAN, PR 00936-3786

Solicitud de Seguro de Vida

PATRONO	1. Nombre de la Compañía COLEGIO DE BARBEROS Y ESTILISTAS DE PR	2. Código de Cliente N/A	2.1 Localización N/A	3. Clasificación del Empleado N/A	4. Ingreso Anual
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completo con este patrono Si ☐ No ☐	6. Fecha de Empleo Día Mes Año	7. Ocupación		8. Género Masculino ☐ Femenino ☐
EMPLEADO	9. Apellidos Nombre		10. Casado ☐ Soltero ☐ Otro _____		11. Fecha de Nacimiento Día Mes Año
14 CUBIERTAS SOLICITADA ☒ Vida Básico ☒ Muerte Accidental y Desmembramiento ☒ Seguro Vida Esposa	12. Dirección Postal		Zona Postal	Teléfono	
	13. Número de Seguro Social / /				
	DESIGNACION 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:				
	Nombre (completo con dos apellidos) Parentesco Cantidad %				
	100%				
SEGURO DE VIDA ESPOSA					
16. Nombre (completo con dos apellidos) FECHA DE NACIMIENTO					
ADVERTENCIA DE FRAUDE: LA LEY NUM. 18 DE 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 MAS 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 TERMINO 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."					
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.					
Firma Fecha Testigo de la Firma					