

Solicitud Individual y Cuadro del Seguro de Viaje Internacional

INFORMACIÓN		
Número de Póliza: TS-6A4EXO-PR		País de Domicilio: Puerto Rico
Fecha de Emisión: 05-03-2025	Fecha de Vigencia: 05-27-2025 a 08-01-2025	Días de cobertura: 67
Total: \$239.06		

ASEGURADO				
Apellido(s): Álvarez Castro	Nombre(s): Alondra	Núm. Pasaporte: C23695816	Fecha Nacimiento: 08-26-2002	Edad: 22
Correo Electrónico: alvarezalondra813@gmail.com		Teléfono: 9392540097		Número de Póliza Individual: TS-6A4EXO-1-PR

PLAN/PRIMA ÚNICA		
MONTO DE SEGURO USD 35,000		Individual

SUPLEMENTOS OPCIONALES	MONTO DE SEGURO	
Beneficios para Enfermedades Preexistentes SBEP-0522-373	\$3,000	_____
Futura Mama Suplemento SFM-0522-374	\$3,000	_____
Práctica Deportiva Suplemento SPD-0522-375	\$35,000	_____
TOTAL PRIMA ÚNICA		_____

PARTE IV		
A CUALQUIER PERSONA PROPUESTO PARA SEGURO:		
1) ¿Se encuentra embarazada? Indique Semana Gestacional en la que se encuentra:	Si	No
2) En caso de estar embarazada ¿Tiene certificado médico autorizándola a viajar?	Si	No

CERTIFICO QUE no padezco de alta presión, enfermedades del corazón, enfermedades renales, enfermedades en los pulmones o del sistema respiratorio, tumores, cáncer, diabetes, enfermedades vasculares (arterias o venas), o cardiovasculares, sistema digestivo, de los órganos reproductivos, condición de la espalda, enfermedades mentales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Enfermedad del Sistema Hepático; enfermedad del sistema Renal; enfermedad del Sistema linfático. No consumo drogas prohibidas, tampoco abuso del alcohol. Disfruto de buena salud.

CERTIFICO QUE de acuerdo con mi mejor saber y entendimiento lo aquí detallado es cierto y está completo hasta esta fecha. **Triple-S Vida, Inc.** se reserva el derecho de cambiar su Notificación de Prácticas de Privacidad.

AVISO "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, 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 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." Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.

Firmado Digitalmente: **Alondra Álvarez Castro**

Fecha: **2025-05-03 17:21:27**

Firma del Solicitante si es distinto del Asegurado: _____

Fecha: _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Nombre de la Agencia: _____

MEDIOS PARA COMUNICARSE CON EL CENTRO DE ASISTENCIA TELEFONICAMENTE:

Número: +1 939-475-1760

MEDIO DE COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ASISTENCIA POR MEDIOS ELECTRONICOS:

WHATSAPP: +1 305-722-5824

Importante: Antes de incurrir en cualquier gasto, por favor comunicarse con la Central de Asistencia

TABLA DE BENEFICIOS TSV-35	
MONTO DE SEGURO AGREGADO	USD 35,000
Consulta Médica	Incluido hasta tope de cobertura
Consulta Médica por Especialista	Incluido hasta tope de cobertura
Intervenciones Quirúrgicas	Incluido hasta tope de cobertura
Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad Coronaria	Incluido hasta tope de cobertura
Primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad	Hasta USD 500
Complicaciones de embarazo	Hasta USD 500
Medicamentos recetados	Incluido
Emergencia dental	Hasta USD 500
Traslado al hospital más cercano	Incluido
Repatriación Sanitaria	Incluido hasta tope de cobertura
Repatriación Funeraria	Incluido hasta tope de cobertura
Gastos de Traslado de un familiar por hospitalización del Asegurado	Pasaje aéreo clase turista hotel (\$80/día máximo 7 días)
Gastos de hotel por convalecencia	Hasta USD 1,000
Consulta Médica Virtual o por Teléfono	Incluido
Asistencia Psicológica Telefónica	Incluido
BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	MONTO DEL SEGURO
Exámenes Médicos	Incluido hasta tope de cobertura
Fisioterapias	Hasta un máximo de 10 sesiones
Hospitalización	Incluido hasta tope de cobertura
BENEFICIOS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE	MONTO DEL SEGURO
Demora de Equipaje	Hasta USD 500
Pérdida de equipaje aéreo	Hasta USD 1,200
Pérdida de equipaje en crucero	Hasta USD 500
Pérdida de pasaporte	Hasta USD 100
Compensación por daño de equipaje	Hasta USD 100
Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos	Counseling
BENEFICIOS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCION.	MONTO DEL SEGURO
Viaje de regreso por fallecimiento de familiar	Diferencia del costo del pasaje aéreo
Pérdida de conexión de vuelo o tren	Hasta USD 400
Pérdida de embarque en crucero	Pasaje aéreo clase turista
Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado y Cancelación de un viaje de Crucero totalmente pagado antes de su inicio	Hasta USD 2,000
Pérdida por vuelo demorado o cancelado y Reembolso por demora de equipaje	Hasta USD 100
BENEFICIOS DE ASISTENCIAS	MONTO DEL SEGURO
Seguro por muerte accidental	USD 50,000
Seguro por desmembramiento	Hasta USD 50,000
Práctica de deportes amateur	Hasta USD 1,000
Línea de Consulta 24 Horas	Incluido

CONSENTIMIENTO A ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTOS

AUTORIZO a que Triple-S Vida Inc. entregue por medio de transmisión electrónica a mi última dirección de correo electrónico, todo documento que por disposición de Ley se requiera entregar, notificar, dar aviso o términos equivalentes. **RECONOZCO** que debo solicitar por escrito a la Oficinal Principal de Triple-S Vida para revocar este consentimiento y solicitar que entreguen la póliza o cualquier otro documento impreso en papel, aun luego de haber recibido los mismos electrónicamente, sin costo adicional. **CONFIRMO** que tengo acceso a una computadora con servicio de Internet; cuenta de correo electrónico activa para recibir información electrónica en la cual puedo leer, retener y almacenar documentos en formato PDF Adobe Acrobat. Entiendo que debo notificar a Triple-S Vida: a) cualquier cambio de dirección de correo electrónico; b) que debo actualizar los filtros de mi cuenta que pudieran evitar que reciba notificaciones electrónicas de Triple S Vida, Inc. **ACEPTO** que el cambio en la manera de la entrega o notificación de documentos no tendrá efecto hasta que se registre en nuestra Oficina Principal. Se acuerda y se entiende que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que Triple-S Vida, Inc. hayan tomado valiéndose de esta autorización antes de recibirse la revocación. Estoy consciente que la compañía se reserva el derecho de cancelar la entrega de la póliza o la notificación de documentos si los correos electrónicos son devueltos al servidor de Triple-S Vida, Inc. En tal caso procederán con la entrega o notificación en papel. Triple S Vida, Inc. no está obligada por ley a entregar o notificar documentos electrónicamente y puede discontinuar la entrega o notificación electrónica parcialmente o completamente en cualquier momento.

Firma:

