



# Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos Suite 208  
Mayagüez, PR 00682-1538

Tel. (787) 833-8070  
Fax (787) 832-5400

## SOLICITUD DE INGRESO A PAGO DIRECTO

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS (en letra de molde)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
(MES/DIA/AÑO)

TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

#### TIPO DE CUBIERTA

INDIVIDUAL  PAREJA  FAMILIAR

TIPO DE PRODUCTO  ORO HMO  ORO POS

# SEG. SOCIAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CENTRO DE MEDICINA PRIMARIA (CMP): \_\_\_\_\_

# CONTRATO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(APLICA SÓLO A LA CUBIERTA ORO HMO)

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO  F  M

COSTO DEL PLAN \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  SOLTERO  CASADO  VIUDO

### PERSONAS DEPENDIENTES

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	# SEG. SOCIAL	SEXO	EDAD	RELACIÓN FAMILIAR O COHABITANTE	FECHA NACIMIENTO

### IMPORTANTE

■ ¿Al presente tiene cubierta de salud? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

De ser afirmativo, indique nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

- Las contestaciones vertidas en esta solicitud forman parte de ésta como si se incluyeran sobre la firma del solicitante principal que aparece abajo. Según el artículo 27.170 de la Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008, según enmendada, conocido como Informes y Declaraciones Falsas para obtener cubiertas: (1) Ninguna persona podrá rendir, presentar, ofrecer, participar o ayudar a rendir, presentar ofrecer cualquier documento, dato, declaración o informe que sea falso para obtener una cubierta de salud y (2) cualquier persona que a sabiendas incurra en los actos antes descritos se considerará que ha cometido fraude para los efectos de este capítulo. Si el Plan Médico SSBV determina que hubo fraude falsa representación intencional de un hecho material, según lo prohíbe los términos del plan o cubierta, procederá a la cancelación de la cubierta automáticamente y a efectuar el recobro de cualquier cantidad pagada por servicios prestados.
- La impostura, las omisiones, el encubrimiento de hechos y las declaraciones incorrectas no impedirán el cobro con arreglo a la cubierta, a menos que: (1) Sean fraudulentas; o (2) que sean materiales, bien para la aceptación del riesgo, o para el peligro asumido por la organización de salud, o (3) la organización de buena fe no hubiera expedido la cubierta, no hubiera expedido la cubierta por una cantidad tan grande o no hubiera provisto cubierta con respecto al riesgo resultante en la pérdida de habersele puesto en conocimiento de los hechos verdaderos, como se requería en la solicitud para la cubierta o de otro modo. (Artículo 11.100 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 1110)

Aviso:

- "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de ingreso o, que presentare, ayudare e hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de (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." (Código de Seguros Artículo 27.250)
- Con mi firma certifico que he leído el documento en su totalidad, que fui orientado, que acepto y entiendo todo lo aquí escrito. Que la información ofrecida por mí es cierta y está completa.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
OFICIAL ORIENTADOR/FECHA

**PARA USO OFICIAL**

PROCESADO EN SISTEMA POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_