



# 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) _____  DIRECCIÓN POSTAL _____  PUEBLO _____ ZIP CODE _____  # SEG. SOCIAL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table> # CONTRATO <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table> EDAD _____ SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO																	FECHA DE NACIMIENTO _____ (MES/DIA/AÑO) TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ GRUPO # _____  <b>TIPO DE CUBIERTA</b> <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <b>TIPO DE PRODUCTO</b> <input type="checkbox"/> ORO HMO <input type="checkbox"/> ORO POS <b>CENTRO DE MEDICINA PRIMARIA (CMP):</b> _____ (APLICA SÓLO A LA CUBIERTA ORO HMO)  <b>COSTO DEL PLAN</b> _____ <b>FECHA DE INGRESO</b> _____

### PERSONAS DEPENDIENTES

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

### ACUERDO DE DESCUENTO AUTOMÁTICO PARA PAGO DE PRIMA

Nombre de la Institución Bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque	Número de ruta y tránsito _____	Número de cuenta _____
---	---------------------------------	------------------------

Por este medio autorizo a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. a ordenar cargos mensuales, según el producto seleccionado a mi cuenta bancaria para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento se realizará el día 1 ó 15 a partir del mes \_\_\_\_\_ Para la mejor identificación de su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el Estado de Cuenta Mensual. Todo descuento automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento del mismo.

Firma del suscriptor principal \_\_\_\_\_ Nombre del poseedor de la cuenta \_\_\_\_\_

De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del suscriptor notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva Solicitud de Pago Automático. Además, deberá completar Solicitud de débito de desear cambiar su método de pago o cancelar su cubierta médica. Los servicios del Plan Médico SSBV son provistos según las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables a transacciones bancarias. La información de su cheque será convertida a una transacción electrónica débito y enviado a través del sistema bancario. Su estado bancario reflejará mensualmente un débito por la cantidad de su factura neta del próximo mes. Es de suma importancia que usted verifique mensualmente su estado bancario para que se asegure que el débito fue realizado.

### 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)

**AUTORIZACIÓN PARA RECOPILAR, USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN**

Para Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. es importante salvaguardar la información de salud protegida de nuestros clientes y nosotros trabajamos día a día para cumplir con ese propósito. Para que usted pueda ser el representante debidamente autorizado de la(s) personas quienes recibirán los beneficios de esta cubierta de salud, deberá hacer una autorización por escrito y es necesario que contenga lo siguiente.

- La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida.
- Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará.
- La identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida.
- El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida.
- El propósito de la autorización, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer.
- La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona
- Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva.
- Una declaración informando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables.

En adición, estoy de acuerdo en que una copia de esta solicitud será tan válida como el documento original. La misma será válido por 24 meses después de la fecha de efectividad. Una firma facsímil legible debe tener la misma efectividad que el original. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Datos importantes a considerar:

- Debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
- La revocación no aplicará a la información que ha sido ya revelada en respuesta a esta autorización.
- La revocación será efectiva después de recibida y trabajada por el Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.
- Los beneficios de la cubierta de salud no quedarán afectados en caso de revocación de esta autorización.

Este documento será parte del contrato cuando la cubierta sea aprobada y emitida. Conozco que tengo el derecho de solicitar una copia de este consentimiento para liberar información.

Autorizo a que Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc. conduzca las auditorías de las reclamaciones por servicios de cuidado de salud recibidos. Esta autorización se extiende a las auditorías realizadas conforme al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y las leyes federales y estatales que sean aplicables.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_