Más que un seguro

TOLIC

Trans-Oceanic Life Insurance Company Of America

Solicitud de Reinstalación

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

Por la presente solicito, sujeto a las disposiciones y las políticas de TOLIC la reinstalación de la(s) Póliza(s) a nombre de _____ y pagaderas bajo el Seguro Social #_____-_____-_____, que quedaron al descubierto por falta de pago debido a la siguiente razón:

☐ Enfermedad ☐ Incapacidad ☐ Cambio de Empleo ☐ Desempleo ☐ Retiro ☐ Cambio de cuentas ☐ Económicas
☐ Otro: _____

¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimientos de Cáncer, Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque Cardíaco o alguna condición del corazón en los últimos cinco (5) años?	☐ Sí ☐ No
¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional ha sido tratado o se le ha diagnosticado por un médico licenciado cáncer o cáncer en la piel durante los últimos diez (10) años?	☐ Sí ☐ No
Si usted ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas arriba indicadas las cubiertas solicitadas estarán sujetas a aprobación de acuerdo a los requisitos de elegibilidad de la Compañía.	

De ser aprobada mi Solicitud de Reinstalación, solicito y autorizo a TOLIC a debitar el pago de la prima mensual (de acuerdo a mi periodicidad) de:

☐ Cuenta de Cheques (Corriente) ☐ Cuenta de Ahorro	Número de cuenta:	Número de ruta ABA:
Nombre de Institución Financiera:	Sucursal:	Día de transferencia:

☐ VISA ☐ MasterCard ☐ American Express	Número de tarjeta:	Código de Seguridad (CVC):
Fecha de Expiración: MM/AAAA	Nombre en la tarjeta:	Día de transferencia:

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha MM / DD / AAAA

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

_____ Testigo

_____ Firma del Propuesto Asegurado

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____ **Fecha:** _____

Email: customerservice@tolic.com
Servicio al Cliente: 1-800-981-8662
Dirección Postal: PO Box 691628, Orlando, Florida 32869