



COBERTURA EN  
TODO PUERTO RICO



EN EL HOSPITAL  
DE TU PREFERENCIA



INTÉRPRETE  
DE SEÑAS  
(Requiere coordinación)



BENEFICIO  
DE ESPEJUELOS



RED EN  
ESTADOS UNIDOS\*\*\*



LIBRE SELECCIÓN,  
SIN REFERIDO



SERVICIO  
PERSONALIZADO



BENEFICIO  
DE SEGURO DE VIDA



PROGRAMA  
PREVENTIVO

## PLAN DE SALUD MENONITA

Llama  
**1.866.952.6735**

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Efectivo del 1 de abril de 2025 al 31 de marzo de 2026.

CATEGORÍA	CUD ECONOMO	CUD PLUS	CUD MAX
INDIVIDUAL	\$175.00	\$317.00	\$529.00
PAREJA	\$353.00	\$586.00	\$976.00
FAMILIAR	\$518.00	\$733.00	\$1,157.00

\*\$0 Copago aplica solo a la Red Preferida. \*\*Costo de tarifa CUD Econo individual. \*\*\*Cubierta para servicios de emergencia en Estados Unidos de América y servicios no disponibles en Puerto Rico sujeto a preautorización. Cubierta aplica a productos MAX y PLUS.

[plansaludmenonita](https://www.plansaludmenonita.com)

SOCIO DEL  
**CENTRO UNIDO  
DE DETALLISTAS**



La salud de tu  
empresa comienza  
con la de tus  
*empleados*

**\$0** DESDE  
**\$175**  
MENSUAL\*\*  
COPAGO\*

## PLAN DE SALUD MENONITA



BENEFICIO	CUD ECONO		CUD PLUS		CUD MAX	
<b>DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS</b>	MÁXIMO DESEMBOLSO EN EFECTIVO PARA SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y FARMACIA PRESTADOS POR PROVEEDORES PARTICIPANTES: \$6,350 INDIVIDUAL / \$12,700 PAREJA - FAMILIAR.		MÁXIMO DESEMBOLSO EN EFECTIVO PARA SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y FARMACIA PRESTADOS POR PROVEEDORES PARTICIPANTES: \$6,350 INDIVIDUAL / \$12,700 PAREJA - FAMILIAR.		MÁXIMO DESEMBOLSO EN EFECTIVO PARA SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y FARMACIA PRESTADOS POR PROVEEDORES PARTICIPANTES: \$6,350 INDIVIDUAL / \$12,700 PAREJA - FAMILIAR.	
<b>HOSPITALIZACIÓN REGULAR</b>	<b>RED PREFERIDA</b>	<b>FUERA DE LA RED PREFERIDA</b>	<b>RED PREFERIDA</b>	<b>FUERA DE LA RED PREFERIDA</b>	<b>RED PREFERIDA</b>	<b>FUERA DE LA RED PREFERIDA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL</b>	\$0.00	\$150.00	\$0.00	\$150.00	\$0.00	\$125.00
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL		\$150.00		\$150.00		\$125.00
CIRUGÍA AMBULATORIA	\$0.00	\$70.00	\$0.00	\$70.00	\$0.00	\$70.00
<b>SALA DE EMERGENCIAS</b>						
ACCIDENTE / ENFERMEDAD REFERIDOS POR TELESALUD	\$30.00	\$50.00	\$30.00	\$50.00	\$25.00	\$40.00
	\$0.00	NO APLICA	\$0.00	NO APLICA	\$0.00	NO APLICA
LABORATORIOS	0%	30%	0%	30%	0%	30%
RAYOS X	0%	20%	0%	20%	0%	20%
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS		40%		40%		40%
PRUEBAS ESPECIALIZADAS		40%		40%		40%
SONOGRAMAS	0%	40%	0%	40%	0%	40%
MRI Y CT	20%	40%	20%	40%	20%	40%
ENDOSCOPIAS		40%		40%		40%
LITOTRICIA		40%		40%		40%
<b>VISITAS MÉDICAS</b>						
GENERALISTA		\$7.00		\$7.00		\$5.00
ESPECIALISTA		\$15.00		\$15.00		\$15.00
SUBESPECIALISTA		\$20.00		\$20.00		\$20.00
PODIATRAS		\$15.00		\$15.00		\$15.00
PSIQUIATRA		\$15.00		\$15.00		\$15.00
PSICÓLOGO		\$15.00		\$15.00		\$15.00
QUIROPRÁCTICO		\$15.00		\$15.00		\$15.00
<b>TERAPIAS AMBULATORIAS</b>						
MANIPULACIONES DE QUIROPRÁCTICO		\$7.00		\$7.00		\$7.00
QUIMIOTERAPIA		30%		30%		30%
TERAPIA FÍSICA		\$7.00		\$7.00		\$7.00
TERAPIA RESPIRATORIA		\$7.00		\$7.00		\$7.00
<b>DENTAL</b>						
MÁXIMO DE CUBIERTA	\$500.00 POR SUSCRIPTOR		\$500.00 POR SUSCRIPTOR		\$700.00 POR SUSCRIPTOR	
EXCESO DE CUBIERTA MÁXIMA	NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVO	0%		0%		0%	
RESTAURATIVO MENOR	20%		20%		20%	
RESTAURATIVO MAYOR	NO CUBIERTO		NO CUBIERTO		50%	
ORTODONCIA	NO CUBIERTO		NO CUBIERTO		NO CUBIERTO	
<b>FARMACIA</b>						
CUBIERTA MÁXIMA	\$800.00		\$1,200.00		\$1,800.00	
EXCESO DE CUBIERTA MÁXIMA	90%		60%		60%	
REGLA DE GENÉRICOS	GENÉRICO PRIMERA OPCIÓN		GENÉRICO PRIMERA OPCIÓN		GENÉRICO PRIMERA OPCIÓN	
GENÉRICO	\$7.00		\$5.00		\$5.00	
MARCA PREFERIDA	NO CUBIERTO		30% MÍNIMO \$20		30% MÍNIMO \$20	
MARCA NO PREFERIDA	NO CUBIERTO		35% MÍNIMO \$35		35% MÍNIMO \$35	
PRODUCTOS ESPECIALIZADOS	NO CUBIERTO		40%		40%	
QUIMIOTERAPIA	30%		30%		30%	
<b>ESPEJUELOS Y LENTES</b>	<b>CUBIERTO POR REEMBOLSO</b>	<b>EXAMEN DE REFRACCIÓN</b>	<b>CUBIERTO POR REEMBOLSO</b>	<b>EXAMEN DE REFRACCIÓN</b>	<b>CUBIERTO POR REEMBOLSO</b>	<b>EXAMEN DE REFRACCIÓN</b>
	\$150.00 CADA AÑO CONTRATO	\$15.00	\$150.00 CADA AÑO CONTRATO	\$15.00	\$150.00 CADA AÑO CONTRATO	\$15.00

**DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS**

**PARA MÁS DETALLES FAVOR DE REFERIRSE A LA GUÍA DEL SUSCRIPTOR.**

GASTOS MÉDICOS MAYORES: NO INCLUIDO EN ESTA PROPUESTA. TRASPLANTES DE ÓRGANOS: CUBIERTO SOLO HUESO, PIEL Y CórNEA. LA CUBIERTA DE SEGURO DE VIDA ES DE \$20,000.00 POR MUERTE NATURAL Y DE \$40,000.00 POR MUERTE ACCIDENTAL A TRÁVES DE MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY.

GASTOS MÉDICOS MAYORES: APLICA COASEGURO DE 20% Y MÁXIMO POR VIDA DE \$500,000.00. TRASPLANTES DE ÓRGANOS: CUBIERTO SOLO HUESO, PIEL Y CórNEA. LA CUBIERTA DE SEGURO DE VIDA ES DE \$20,000.00 POR MUERTE NATURAL Y DE \$40,000.00 POR MUERTE ACCIDENTAL A TRÁVES DE MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY. DENTAL: BENEFICIO MÁXIMO NO APLICA A LOS SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS, RESTAURATIVOS, EXTRACCIONES Y ENDODONCIA, QUE RECIBAN LOS SUSCRIPTORES MENORES DE 19 AÑOS.

GASTOS MÉDICOS MAYORES: APLICA COASEGURO DE 20% Y MÁXIMO POR VIDA DE \$750,000.00. TRASPLANTES DE ÓRGANOS: CUBIERTO AL 100% DEL MONTO TOTAL DEL GASTO POR PERSONA CUBIERTA, POR TRASPLANTE, POR AÑO CONTRATO HASTA \$500,000.00. BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA DE \$1,000,000.00. PARA MÁS DETALLES VER CUBIERTA LA CUBIERTA DE SEGURO DE VIDA ES DE \$20,000.00 POR MUERTE NATURAL Y DE \$40,000.00 POR MUERTE ACCIDENTAL A TRÁVES DE MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY. CUBIERTA PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y SERVICIOS NO DISPONIBLES EN PUERTO RICO SUJETO A PREAUTORIZACIÓN. DENTAL: BENEFICIO MÁXIMO NO APLICA A LOS SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS, RESTAURATIVOS, EXTRACCIONES Y ENDODONCIA, QUE RECIBAN LOS SUSCRIPTORES MENORES DE 19 AÑOS.

Producto:  CUD Econo  CUD Plus  CUD Max

Cubierta:  Individual  Pareja  Familiar

Efectividad: Mes / Día / Año

**Complete la solicitud en letra de molde en todos los campos que apliquen / Solicitudes incompletas no podrán ser procesada**

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial		Estado Civil		Sexo	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U	
Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Celular: ( ) -	
		Mes / Día / Año		Teléfono Alternativo: ( ) -	
				Email:	
Dirección Postal:		Dirección Física:			

**Coordinación de Beneficios (Si aplica)**

¿Tiene usted otro plan Médico?  No  Sí Cuál: \_\_\_\_\_ Número de contrato: \_\_\_\_\_

¿Tiene su cónyuge otro plan Médico?  No  Sí Cuál: \_\_\_\_\_ Número de contrato: \_\_\_\_\_

¿Tiene su dependiente?  No  Sí Cuál: \_\_\_\_\_ Número de contrato: \_\_\_\_\_

¿Tiene su dependiente?  No  Sí Cuál: \_\_\_\_\_ Número de contrato: \_\_\_\_\_

**Dependientes Directos**

Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Sexo M / F / U	Seguro Social	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año
Cónyuge			- -	/ /
			- -	/ /
			- -	/ /
			- -	/ /
			- -	/ /
			- -	/ /
			- -	/ /

**Conversión**

Número de contrato PSM anterior: PSM \_\_\_\_\_ Conversión: Mes / Año

Al firmar esta solicitud, me comprometo a pagar la prima requerida para asegurar la continuidad de los beneficios grupales para mí y mis dependientes elegibles, si alguno, que se incluyen en esta solicitud. Entiendo, además, que el monto de esta prima puede variar en cualquier momento que ocurra un cambio de estatus o cuando se renueve la póliza grupal. Reconozco que los beneficios bajo esta cubierta expiran (1) si dejo de efectuar cualquier pago de la prima o (2) si mi estatus actual de elegibilidad cambia. Una vez cancelado por falta de pago o por otras razones válidas, reconozco que no puedo reincorporarme a la cubierta aquí provista. Más aún, reconozco que esta cubierta puede terminar si la cubierta ofrecida por el patrono a sus empleados activos es cancelada.

**Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud**

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de cubierta o, que presentare, ayude o hiciera 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.

## Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Al usted completar esta solicitud y acogerse a la cubierta del Plan de Salud Menonita, Inc., usted autoriza que podamos usar y divulgar su información de salud protegida y demográfica para las siguientes actividades que son inherentes a nuestra operación que incluyen, pero no se limitan a: suscripción, coordinación de servicios y beneficios, evaluación y mejoras de calidad, programas de manejo de casos y condiciones, auditorías de expedientes clínicos y de utilización de servicios, investigaciones de fraude, reaseguros, resolución de quejas y querellas, administración, pago y ajustes de reclamaciones, intercambio de información con los socios de negocios que administran servicios con proveedores de servicios de salud que le brindan servicios, información a agencias de crédito y la planificación del negocio. Esta autorización tiene validez por 2 años. Aún, luego de la terminación de su contrato, Plan de Salud Menonita, Inc. puede usar su información para completar actividades relacionadas con su contrato o según sea requerido y permitido por ley.

Compartimos información con nuestros socios de negocio, que proveen servicios a nombre nuestro y participan en las funciones de administración del plan médico o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato. En caso de que algún socio de negocio terminara operaciones, nosotros mantendremos su información para la continuidad de sus servicios. En nuestras funciones de administración del plan médico o beneficio, podremos usar y divulgar información, sin su autorización, para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud como, por ejemplo:

- ✓ Tratamiento: A un proveedor de servicios médicos para que le brinde algún tratamiento.
- ✓ Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su cubierta; coordinar beneficios; cobro de primas; y otras actividades relacionadas.
- ✓ Entidades Cubiertas Afiliadas: Estas compañías están sujetas a las mismas leyes que requieren protección para su información de salud.
- ✓ Operaciones de Cuidados de Salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de seguridad del paciente, credencialización, manejo de enfermedades. También podemos divulgar información de salud resumida. Esta, resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones de servicios prestados a los participantes del plan.
- ✓ Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley.
- ✓ Programas gubernamentales de beneficios: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley.
- ✓ Salud y seguridad Pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:
  - Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
  - Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
  - Actividades de las agencias reguladoras;
  - Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
  - A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
  - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
  - Para actividades de investigación científica;
  - Según autorizado por las leyes de compensación de accidentados del trabajo;
  - Según requerido o permitido por las leyes aplicables.
- ✓ Servicios Relacionados con su Salud: Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Podríamos usar su información para llamarle o escribirle para recordarle citas de servicios clínicos o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo con su edad o condición de salud.
- ✓ Con Su Autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidas por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para el siguiente propósito:
  - Para sustentar o facilitar la comunicación del tratamiento en curso para un padecimiento o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.
- ✓ A su Familia y Amigos: A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de forma limitada información suya a los familiares inmediatos o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos. Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.
- ✓ Terminación de la relación de servicio: No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, cubiertas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.
- ✓ Medidas de seguridad: Hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros empleados y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha (mes / día / año)

Nombre del Vendedor

Firma del Vendedor

Fecha (mes / día / año)

Número del Vendedor: \_\_\_\_\_

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO DE VIDA GRUPAL**

Socio o Empleado			Número de Seguro Social			
Apellido Paterno    Apellido Materno    Nombre						
Dirección						
Calle y Número			Ciudad		Estado	Código Postal
Estado Civil						
<input type="checkbox"/> Casado			<input type="checkbox"/> Soltero			
Correo Electrónico:						
Fecha de Nacimiento			Entidad Asegurada		Número de Póliza	
Día	Mes	Año	<b>CENTRO UNIDO DETALLISTAS (CUD) - MIEMBROS PLAN MEDICO</b>		1 - <b>4889</b>	

Beneficiarios (Nombre Completo)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Proporción y Orden en el Pago del Beneficio

He recibido información sobre la cubierta de seguro mencionada anteriormente. Por la presente, libre y voluntariamente, AUTORIZO a Multinational Life Insurance Company, aseguradora de la entidad arriba indicada, a que pague a los beneficiarios designados aquí, la cantidad por concepto de Seguro de Vida Básico a la cual yo pudiese tener derecho en la fecha de mi muerte. Esta designación revoca cualquier otra hecha con anterioridad a la fecha de hoy. Me reservo el derecho de cambiar mi(s) beneficiario(s) en cualquier momento.

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

**PARA SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA**

Nombre del Negocio del Socio o Empleado	Fecha de Elegibilidad						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					

\_\_\_\_\_ Firma Autorizada de la Entidad Asegurada \_\_\_\_\_ Fecha

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA  
(Favor de no escribir en este espacio)**

Fecha de Efectividad	Número de Certificado						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				
Día	Mes	Año					
Clasificación	Cantidad de Seguro de Vida						

**INFORMACION Y SERVICIO: (787) 641-8410 / info@seguroscud.com**

Solicitud:  Variable (una vez)  Fijo

Autorización por teléfono (para uso de oficina)

### Información del Asegurados(as) o Grupo(s):

Nombre(s) Asegurado(s)

Número(s) de Contrato(s)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Teléfonos:

Residencial

Trabajo

Celular

Correo Electrónico

### Información Bancaria:

Cuenta de Cheques

Cuenta de Ahorros

Nombre del Banco o Institución Financiera

Número de Cuenta

Nombre según aparece en el estado de cuenta del banco

Número de ruta y tránsito (ABA)

\$ \_\_\_\_\_  
**Cantidad a Pagar**

### Notas importantes:

1. Si la cuenta de banco no está a nombre del asegurado, es el firmante de la cuenta, quien debe autorizar la transacción.
2. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del asegurado o poseedor de la cuenta, quien concederá a Seguros CUD y al banco el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestra oficina, ser enviada por correo a Seguros CUD, PO Box 190127 San Juan, Puerto Rico 00919, vía facsímil 787-641-8407 o correo electrónico info@seguroscud.com.
3. De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del asegurado notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático. Sus estados de cuenta serán el recibo de pago. Seguros CUD se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.
4. Autorizo a Seguros CUD a ordenar crédito o débito a mi cuenta por razón de ajustes o pagos en exceso que pudieran ocurrir, sobre lo cual seré debidamente informado.
5. ***“Todo cheque o pago electrónico emitido a favor de Seguros CUD que sea devuelto, resultará en un cargo por procesamiento de \$20.00, que será debitado electrónicamente de su cuenta bancaria por Seguros CUD. Al efectuar su pago mediante cheque o débito electrónico por transacción individual o bajo plan automático mensual, usted expresamente autoriza lo anterior”.***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

PO BOX 190127 San Juan, PR 00919-0127



## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD Y FINANCIERA

### Información del Asegurado(a):

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (M/D/A) \_\_\_\_\_ Genero:  F  M \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Número de Socio \_\_\_\_\_ Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de Contrato \_\_\_\_\_

### Autorizo el uso o divulgación de mi información personal de salud y financiera, según se describe abajo:

- Información financiera relacionada a pagos, transacciones, ajustes, reversos, entre otros.  
 Información sobre cambios, altas, bajas relacionadas a trámites de elegibilidad y suscripción  
 Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

### Esta información puede ser divulgada y utilizada por los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Dirección Postal \_\_\_\_\_

### Esta información se divulgará para el siguiente propósito(s):

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar dicha revocación escrita a Seguros CUD Inc. a la dirección de abajo. Entiendo que la revocación no aplicará a Seguros CUD Inc. cuando la ley le provea el derecho a contestar una reclamación. A menos que de otro modo se revoque, esta autorización expirará en 365 días.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Si es firmado por un Representante Legal, Relación con el Miembro

Si es firmado por un Representante Legal, favor proveer la documentación según requerida por las leyes estatales. Ej.: Poder, testamento en vida o documentos de tutela.

\_\_\_\_\_  
Fecha (M/D/A)

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación

**Favor de incluir copia de la identificación de la persona que firma el consentimiento y enviarla por fax, correo regular o electrónico adjunto a este documento.**

PO BOX 190127 San Juan, PR 00919-0127

T: 787.641.8410

F: 787.641.8407

E: [info@seguroscud.com](mailto:info@seguroscud.com)

Escoja una opción:  Nuevo Ingreso  Conversión

Seguro Social Asegurado

Nombre del Asegurado

Inicial

Apellidos

Genero:  F  M

Fecha de Nacimiento (M/D/A)

Fecha de efectividad (M/D/A)

Dirección Postal

Correo Electrónico

Celular

Fax

Nombre del Negocio

Número de Socio

Nombre del Socio

Fecha de Expiración

### CUD ECONO

- Individual \$175
- Pareja \$353
- Familiar \$518

### CUD PLUS

- Individual \$317
- Pareja \$586
- Familiar \$733

### CUD MAX

- Individual \$529
- Pareja \$976
- Familiar \$1,157

\$ \_\_\_\_\_

Forma de Pago:  Transacción Electrónica

Efectivo

Cheque

**Cantidad a Pagar**

### DOCUMENTOS PENDIENTES

(Este contrato debe estar acompañado por los siguientes documentos, si aplican)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carta de asegurabilidad (certificación de la cubierta anterior) | <input type="checkbox"/> Copia de Recibo Membresía (socio nuevo)                              |
| <input type="checkbox"/> Certificado (s) de Nacimiento de Dependiente(s)                 | <input type="checkbox"/> Autorización de pago Fijo (si aplica)                                |
| <input type="checkbox"/> Certificación de Matrimonio                                     | <input type="checkbox"/> Pago del Primer Mes a Nombre de Seguros CUD                          |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de Empleo (planilla trimestral)                       | <input type="checkbox"/> Sentencia del Tribunal de Justicia para casos de adopción o custodia |

Yo \_\_\_\_\_ certifico que fui orientado(a) por un Representante Autorizado sobre los requisitos necesarios para la suscripción del plan médico. Me comprometo a enviar cualquier documento pendiente que se me requiera en o antes de diez (10) días\* previos a la efectividad de la póliza solicitada.

Firma

Fecha

PO BOX 190127 San Juan, PR 00919-0127