

SOLICITUD DE SEGURO VOLUNTARIO
Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, según enmendada

1. Nombre del patrono:		2. Número patronal:	
3. Dirección física: Teléfono:		4. Dirección postal: Fax:	
5. Servicio o clasificación que asegurará: Total de empleados:		6. Incluye choferes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Total de choferes:	
7. Contribución que pagará el patrono: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial (Especifique): _____ Aportación del Trabajador: _____		8. Si está o estará asegurado con una compañía aseguradora, indique cuál:	
9. Fecha de efectividad que solicita:		10. Fecha en que comenzó a pagar contribuciones al SINOT:	

El suscribiente acepta la sujeción a todos los términos de la Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal, a los Reglamentos que la complementan, a las reglas y normas promulgadas por el Negociado de Beneficios a Choferes y a Personas con Incapacidad No Ocupacional Temporal, y a las siguientes condiciones:

- A. Incluir en el seguro todos los servicios sobre los cuales se hace la solicitud.
- B. Asegurar a todos los trabajadores de la clasificación indicada, por no menos de dos años naturales, a partir de la fecha de fecha de efectividad de esta solicitud.
- C. Efectuar una votación entre los empleados que se asegurarán y para quienes se hace la solicitud; y someter con esta solicitud el formulario SI-165A (Consentimiento de los empleados para asegurarse voluntariamente por la Ley de Beneficios por Incapacidad) firmado por la mayoría de ellos. **[Este trámite no es necesario si el patrono asume el pago total de la contribución]**.
- D. Informar a los choferes que podrán recibir pagos del SINOT, si éstos-sumados a los beneficios que les correspondan por la Ley 428 de 15 de mayo de 1950, según enmendada – no exceden del salario semanal regular devengado antes de la incapacidad.

Nombre del patrono o su representante autorizado [En letra de molde]:	Firma del patrono o su representante autorizado
Título o puesto:	Fecha:

DETERMINACIÓN
(PARA USO DE LA AGENCIA)

Su solicitud fue: Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/>	Razones para la denegación: <input type="checkbox"/> La mayoría de los trabajadores rechazó el seguro <input type="checkbox"/> Excluye una clasificación o un servicio irrazonable <input type="checkbox"/> Otra:
Fecha de efectividad:	
Firma del Director o su representante autorizado:	
Fecha de determinación:	

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO SI-165
(Solicitud de Seguro Voluntario)

Encasillados:

1. El nombre de la empresa o compañía, según se registra en la Sección de Contribuciones del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
2. El número que asigna a la empresa la Sección de Contribuciones.
3. No requiere explicación.
4. No requiere explicación.
5. El tipo de trabajador (profesionales, domésticos, técnicos mecánicos, etc.) y el total de trabajadores en la empresa.
6. Si asegura a choferes, cuántos de los trabajadores son choferes.
7. No requiere explicación si el patrono paga la contribución total. Si sólo paga parte, el por ciento que aportan el patrono y el trabajador. La aportación del trabajador no será mayor del .30% del salario (hasta \$9.000).
8. El nombre de la compañía aseguradora que le provee el SINOT.
9. La fecha de comienzo del seguro.
10. No requiere explicación.

Firma del patrono o su representante autorizado: No requiere explicación.

Nombre: No requiere explicación.

Título o puesto: No requiere explicación.

Fecha: El día en que el patrono o su representante firma el documento.