SOLICITUD DE CAMBIO GRUPAL

IMPORTANTE:
FAVOR LLENAR ESTA SOLICITUD EN EL ÁREA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON EL CAMBIO SOLICITADO.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL O EMPLEADO _____

NÚMERO DE CONTRATO

			–			–				

NOMBRE DEL PATRONO _____ # GRUPO

NÚMERO DE EMPLEADO _____ CUBIERTA ACTUAL

CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O TELÉFONO

DIRECCIÓN NUEVA _____

_____ TELÉFONO NUEVO _____

CAMBIO DE CUBIERTA

	CON MEDICAMENTO	SIN MEDICAMENTO	DENTAL D2	VISIÓN V1
☐ INDIVIDUAL	_____	_____	_____	_____
☐ INDIVIDUAL CON DEPENDIENTE	_____	_____	_____	_____
☐ FAMILIAR	_____	_____	_____	_____
☐ COMPLEMENTARIO MEDICARE			_____	_____

FAVOR INDICAR LA RAZÓN DEL CAMBIO (Favor someter junto a evidencia, según aplique)

☐ NACIMIENTO DE BEBÉ ☐ CASAMIENTO ☐ DIVORCIO ☐ DEFUNCIÓN ☐ CAMBIO DE CUBIERTA ☐ OTRO (Explique)

_____

CAMBIO EN DEPENDIENTES

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA/AÑO	INCLUIR ☒	EXCLUIR ☒	CORREGIR ☒
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Solicito el cambio arriba señalado. Entiendo y acuerdo que la cubierta será efectiva como se provee bajo las normas de elegibilidad y a los reglamentos establecidos por Plan Médico SSBV. Además, autorizo a descontar de mi salario la cantidad que pudiese conllevar el cambio, en caso de que aplique.

_____ FIRMA DEL SUSCRIPTOR

_____ FECHA

PARA USO OFICIAL DE PLAN MEDICO SSBV

Tramitado por:_____ Fecha:_____

Fecha efectividad del cambio:_____ Autorizado por:_____

Costo de cubierta: _____

COMENTARIOS:_____

_____

_____