SOLICITUD DE CAMBIO

CUBIERTA DE PAGO DIRECTO

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

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL _____

NÚMERO DE CONTRATO ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

CUBIERTA ACTUAL _____

 # GRUPO _____

CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O TELÉFONO

DIRECCIÓN NUEVA _____

_____ **TELEFONO NUEVO** _____

CAMBIO DE CUBIERTA

	DENTAL D2	VISIÓN V1	MEDICINAS R2	MEDICINAS R3
☐INDIVIDUAL	_____	_____	_____	_____
☐INDIVIDUAL CON DEPENDIENTE	_____	_____	_____	_____
☐FAMILIAR	_____	_____	_____	_____
☐COMPLEMENTARIO MEDICARE	_____	N/A	N/A	N/A

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, Inc.

_____ _____

FIRMA DEL SUSCRIPTOR **FECHA**

PARA USO OFICIAL DE PLAN MEDICO SSBV

Tramitado por: _____ **Fecha:** _____

Fecha efectividad del cambio: _____ **Autorizado por:** _____

Costo de cubierta: _____

COMENTARIOS: _____

_____

SCCPD/REV/022020