



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos, Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538
Tel. 787-833-8070 • Fax 787-832-5400

CANCELACIÓN DE CUBIERTA MÉDICA

Certificamos que el Sr. (a) _____
bajo el número de seguro social _____ - _____ - _____, cancela contrato
con El Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., efectivo el
_____.

Se expide esta certificación a petición del socio para los fines que se estime necesarios.

Atentamente,

Departamento de Servicios al Cliente

Fecha

Persona Responsable

Fecha

USO OFICIAL

TARJETA (S) ENTREGADAS _____

LIBRETA _____

DEUDA PENDIENTE \$ _____

COMENTARIOS: _____

SELLO OFICIAL