PLAN MÉDICO SERVICIOS DE SALUD BELLA VISTA, INC
770 AVENIDA HOSTOS *TEL. (787) 833-8070*
MAYAGÜEZ, PR 00682-1538 *FAX (787) 832-5400*

SOLICITUD DE CAMBIO GRUPAL

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

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 efectividad del cambio:
Costo de cubierta:
Autorizado por:
COMENTARIOS:

"Somos tu alternativa"