



*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) \_\_\_\_\_ con  
el número de alias \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Esta certificación no será válida  
si no tiene el sello oficial*

\_\_\_\_\_  
**SELLO OFICIAL**