



770 Avenida Hostos, Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538

Tel. 787-833-8070
Fax 787-832-5400

SOLICITUD DE CANCELACIÓN *Cubierta Médica*

FAVOR DE COMPLETAR LA SOLICITUD PARA EL PROCESO DE CANCELACIÓN

Nombre del Suscriptor Principal:		
Nombre del Pagador:	Parentesco	Núm. Licencia
Fecha de Cancelación:	Número de Contrato:	
Razón de Cancelación: <input type="checkbox"/> Perdida de Empleo <input type="checkbox"/> Mudanza <input type="checkbox"/> Otros:		

Términos y Condiciones

- La solicitud de cancelación debe ser entregada en o antes del último día del mes previo a la cancelación.
- Se requerirá que su cuenta este libre de balances pendientes para el procesamiento de su cancelación.
- Esta solicitud no es una certificación de cancelación.

Firma del Suscriptor Principal o Tutor Legal

Fecha

Firma de Servicio al Cliente

Fecha

IMPORTANTE: Esta solicitud de cancelación deberá ser sometida a las oficinas del Plan Médico SSBV. La radicación de este documento no implica que será aceptada.

USO OFICIAL

Tarjeta(s) Entregadas	Elegibilidad	
Deuda Pendiente \$	Firma:	Fecha:
Comentarios:	Cuentas	
	Firma:	Fecha: