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
CUBIERTA 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: _____

_____

_____