



CUBIERTA CON PERIODO DE ESPERA

Yo, _____ con el número de contrato
_____ reconozco que he sido orientado(a) con
relación a los periodos de espera. La cubierta establece lo siguiente:

“Aplica periodo de espera para aquellos casos suscritos fuera del Periodo Anual de Suscripción que no sea resultado de algún evento cualificante, conforme al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, y al reglamento aplicable emitido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Solo en estos casos se aplicará un periodo de espera de 90 días a partir de la fecha de suscripción para todos los servicios excepto emergencias”

Para que así conste confirmo que acepto y entiendo la cubierta con periodo de espera según antes descrita y orientada por el representante del Plan Médico SSBV. Hoy _____ de _____ de _____ en Mayagüez, Puerto Rico.

Firma del Suscriptor

Nombre del Representante Legal
(Nombre en letra de molde)

Firma del Oficial SSBV

Firma del Representante Legal