

PLAN MÉDICO SERVICIOS DE SALUD BELLA VISTA, INC

770 AVENIDA HOSTOS
MAYAGÜEZ, PR 00682-1538

TEL. (787) 833-8070
FAX (787) 832-5400



SOLICITUD DE CAMBIO CUBIERTA DE PAGO DIRECTO

IMPORTANTE:

FAVOR LLENAR ESTA SOLICITUD EN EL ÁREA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL CAMBIO SOLICITADO.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL _____

NÚMERO DE CONTRATO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CUBIERTA ACTUAL _____

GRUPO _____

CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O TELEFONO

DIRECCIÓN NUEVA _____

TELÉFONO NUEVO _____

CAMBIO DE CUBIERTA

	DENTAL D2	VISIÓN V1	MEDICINAS R2	MEDICINAS R3
<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL CON DEPENDIENTE	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> FAMILIAR	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIO MEDICARE	_____	N/A	N/A	N/A

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 <input type="checkbox"/>	EXCLUIR <input type="checkbox"/>	CORREGIR <input type="checkbox"/>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

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, Inc.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR _____

FECHA _____

PARA USO OFICIAL DE PLAN MEDICO SSBV

Tramitado por: _____

Fecha: _____

Fecha efectividad del cambio: _____

Autorizado por: _____

Costo de cubierta: _____

COMENTARIOS: _____
