



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista Inc.

SOLICITUD DE CAMBIO GRUPAL

IMPORTANTE:

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

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL SUScriptor PRINCIPAL O EMPLEADO

NÚMERO DE CONTRATO

NOMBRE DEL PATRONO

GRUPO

NÚMERO DE EMPLEADO

CUBIERTA ACTUAL

CORREO ELECTRÓNICO

CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O TELÉFONO

DIRECCIÓN NUEVA

TELÉFONO NUEVO

CAMBIO DE CUBIERTA

	CON MEDICAMENTO	SIN MEDICAMENTO	SIN DENTAL	SIN VISIÓN	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 (Explicar)

CAMBIO EN DEPENDIENTES

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	SEGURO SOCIAL	INCLUIR ☐	EXCLUIR ☐	CORREGIR ☐
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. 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: _____

Fecha efectividad del cambio: _____

Autorizado por: _____

Costo de cubierta: _____

COMENTARIOS: _____
