



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista Inc.

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

CUBIERTA ACTUAL

NÚMERO DE CONTRATO

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

GRUPO

CAMBIO DE DIRECCIÓN Y/O TELÉFONO

DIRECCIÓN NUEVA

TELÉFONO NUEVO

CAMBIO DE CUBIERTA

	DENTAL D2	VISIÓN V1	MEDICINAS R2	MEDICINAS R3
☐ INDIVIDUAL				
☐ INDIVIDUAL CON DEPENDIENTE				
☐ FAMILIAR				
☐ 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 / DÍA / AÑO	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, 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: _____
