UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE MAYAGUEZ

DECANATO DE ESTUDIANTES

***DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS***

**Formulario de Selección Seguro Médico Estudiantil**

**Sección Académica**: \_\_\_ 1er semestre \_\_\_ 2do semestre \_\_\_ Verano

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y apellidos Número de estudiante**

**Favor marcar su selección:**

1. **\_\_\_ Intereso acogerme al seguro médico estudiantil UPR**

\_\_\_ Individual \_\_\_\_ Familiar

**Favor Seleccionar:**

**\_\_\_\_ Opción A: \_\_\_\_ Opción B:**

\_\_\_\_ Básico con Farmacia

\_\_\_\_ Básico, Farmacia, Dental

\_\_\_\_ Básico y Major Medical

\_\_\_\_ Básico, Farmacia, Dental y Major Medical

1. **\_\_\_ NO intereso acogerme al seguro médico estudiantil UPR**

**Favor Seleccionar:**

Tengo: \_\_\_\_ Plan Médico Privado \_\_\_\_ Plan Médico Reforma

**Nombre de la compañía aseguradora**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de cubierta desde \_**\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

M/ D/ A M/ D/ A

Certifico que mi plan médico \_\_\_\_ será renovado \_\_\_ NO será renovado

**Firma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

Basados en las Ordenes Administrativas de la UPR, todo estudiante matriculado en 3 créditos o más deberá estar cubierto por un plan médico vigente mientras está cursando estudios en la universidad. La UPR provee un plan médico estudiantil, que le será otorgado a todo estudiante que no presente evidencia confiable de tener un plan médico privado o reforma con cubierta vigente y que sea válido en P.R. De usted tener un plan médico privado o Reforma deberá presentar una certificación (en caso de la Reforma puede ser copia del MA-10) como evidencia confiable donde esté impresa la fecha de expiración. El no cumplir según lo solicitado, se le adjudicará el plan médico de la UPRM, este tiene un costo que verá reflejado en su factura de matrícula. Le recordamos que la exención de matrícula no cubre el pago del plan médico.

**Para uso de personal autorizado DSM**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rev: 10/2022