

Universidad de Puerto Rico
Servicios Médicos
Recinto: _____

Solicitud para activación del Plan Médico

Fecha: _____

A: Sr. Jose O. Rosa
Email: joserosa@ssspr.com
Fax: (787) 774-6086

De: _____

Teléfono del Recinto: _____

Nombre del estudiante: _____

Dirección Postal: _____

_____ Zip code _____

Teléfono del estudiante: (____) _____ Género ____ F ____ M

Núm. de Estudiante: _____

Núm. Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento _____
Mes / día / año

Contrato nuevo: /__ / Si /__ / No (indicar núm. de contrato) _____

Tipo contrato: () Individual () Familiar

Cubiertas seleccionadas: Cubierta básica Alternativa A /__ /
Cubierta básica Alternativa B /__ /

Cubiertas Opcionales:

Dental /__ / Major Medical /__ / Farmacia /__ /

Nota: Debe llenar todos los espacios. Si no aplica debe indicar N/A. La información tiene que estar legible. Si no se cumple con estos requisitos, no se puede procesar la activación.

Debe tener la firma de la persona representante del Recinto o el sello oficial del Recinto.