TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

 # Estudiante:

Hoja de Trámite

☐ Cambios al Contrato ☐ Seguimiento

INFORMACIÓN GENERAL

Sponsor:	Org Policy:	Nombre de Grupo: UPR-MAYAGUEZ	Teléfono: 7872653865
Número de Contrato: ZUA001234		Nombre del Asegurado:	

☐ **I. CAMBIOS A INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

☐ Dirección:

☐ Teléfono:

☐ Nombre:	☐ Fecha de Nacimiento:	☐ Sexo:

☐ **II. CORRECCIÓN DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL**

Nombre:	Incorrecto:	Correcto:

☐ **III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN**

De (actual):	A:

☐ **IV. CAMBIO DE CUBIERTAS** ☐ Adición ☐ Cancelación

Nombre	Código Dependiente (o relación)	CUBIERTAS (seleccione con una "X")				
		Básica	Dental	Farmacia	Gastos MM	Complementaria
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

☐ **V. CAMBIO TIPO DE CONTRATO**

☐ Personal (o pareja) a Familiar ☐ Familiar a Individual (o pareja)

☐ **VI. ADICIONAR A DEPENDIENTE(S) O CAMBIOS A DEPENDIENTE(S) ACTUALES**

☐ Directo ☐ Pareja ☐ Opcional

Nombre	Parentesco	Género	Fecha de Nacimiento (dd/ mm/ yy)	Seguro Social	Cubierta Básica	Cubierta Adicional			
						D	F	MM	C
		F ☐ M ☐				☐	☐	☐	☐
		F ☐ M ☐				☐	☐	☐	☐
		F ☐ M ☐				☐	☐	☐	☐

☐ **VII. CANCELACION** ☐ Completo ☐ Dependiente **ENTREGAR COPIA AL ASEGURADO EN CASO DE CANCELACION**

Nombre	Código Dependiente	Fecha de Cancelación (dd/ mm/ yy)	Motivo

☐ **VIII.** ☐ **INTERESA CONVERSION** ☐ **Si Teléfono:** ( ) ☐ **NO**

☐ **IX. DUPLICADO DE TARJETA**

Nombre	Código Dependiente	Motivo

☐ **X. OTROS**

Firma del Administrador Grupal

Firma del Asegurado

Fecha