

INFORMACIÓN GENERAL												
Núm. Grupo/Sponsor: SP0003725				Nombre Grupo/Sponsor: U.S.E. 25								
Sección/OrgPol.:				Teléfono: 787-282-7709								
Número de Asegurado:				Nombre del Asegurado:								
<input type="checkbox"/> I. CAMBIOS A INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL												
<input type="checkbox"/> Nombre:												
<input type="checkbox"/> Dirección:												
<input type="checkbox"/> Teléfono:			<input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento(mm/dd/yy):				<input type="checkbox"/> Género:					
<input type="checkbox"/> II. CORRECCIÓN DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL												
Nombre:			Incorrecto:			Correcto:						
<input type="checkbox"/> III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN												
De (actual):			A:			Fecha de Efectividad(mm/dd/yy):						
<input type="checkbox"/> IV. CAMBIO DE CUBIERTAS <input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cancelación												
Nombre		Número de Asegurado		CUBIERTAS (seleccione con una "X")								
				Básica	Dental	Farmacia	Gastos MM	Complementaria				
<input type="checkbox"/> V. ADICIONAR A DEPENDIENTE(S) O CAMBIOS A DEPENDIENTE(S) ACTUALES												
<input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Opcional												
Nombre		Parentesco	Género	Fecha de Nacimiento (mm/ dd/ yy)			Seguro Social	Cubierta Básica	Cubierta Adicional			
									D	F	MM	C
<input type="checkbox"/> VI. CANCELACION <input type="checkbox"/> Todo los Asegurados <input type="checkbox"/> Dependiente ENTREGAR COOPIA AL ASEGURADO EN CASO DE CANCELACION												
Nombre		Número de Asegurado		Fecha de Cancelación (mm/ dd/ yy)			Motivo					
<input type="checkbox"/> VII. INTERESA CONVERSION: <input type="checkbox"/> Sí Teléfono: () <input type="checkbox"/> No												
<input type="checkbox"/> VIII. DUPLICADO DE TARJETA												
Nombre				Número de Asegurado								
<input type="checkbox"/> IX. OTROS												

Firma del Administrador Grupal

Firma del Asegurado

Fecha

INSTRUCCIONES

Este formulario tiene el propósito de facilitar el trámite para cambios, adiciones, cancelaciones y/o otras peticiones. Escoja la categoría deseada y complete los encasillados provistos. Triple-S Salud procederá a cambiar la información en el expediente con una marca (X) o información que usted indique. Recuerde que algunos cambios están permitidos en periodos determinados ó con ciertas especificaciones. Consulte su póliza.

INFORMACIÓN GENERAL

Incluya la información del grupo, asegurado y cualquier documento(s) requerido(s) requerido en este formulario.

I. CAMBIOS INFORMACION DEL CONTRATO

Escoja si el cambio es para el asegurado principal o el dependiente Para cambios o correcciones en el nombre, fecha de nacimiento o género, incluya el certificado de nacimiento del asegurado.

II. CORRECCIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Seleccione si la corrección es para el asegurado principal o el dependiente. Incluya copia de la tarjeta del Seguro Social.

III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN

Indicar en la sección que el asegurado se encuentra al momento y a la que va a ser transferido.

IV. CAMBIO DE CUBIERTAS

Seleccione si el cambio será una adición o cancelación de cubierta y complete la información requerida. Estos cambios solo pueden hacerse durante el periodo autorizado en la póliza. Las cubiertas mandatorias escogidas por el grupo, solo aplican para dependientes opcionales.

- | | |
|------------------------------|--|
| ▪ Cubierta Básica * | A (ambulancia)/ H (hospital)/ MQ (médico quirúrgico) |
| ▪ Dental | D |
| ▪ Farmacia | F |
| ▪ Gastos Médicos Mayores | MM/ GM |
| ▪ Complementaria (Care Plus) | C (Medicare Parte B es requerida) |

*Para la mayoría de los grupos la cubierta básica es mandatoria. Consulte su póliza.

V. ADICIONAR DEPENDIENTE

Seleccione el tipo de dependiente que va a añadir. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Matrimonio- Certificado de Matrimonio
- Nacimiento- Certificado de Nacimiento
- Hijos estudiantes- Refiérase a su póliza para determinar edad máxima, incluya certificado de Colegio o Universidad acreditada
- Hijos incapacitados- Certificación Médica, Evaluación Psicológica o Psiquiátrica
- Hijos en custodia o adopción- Adjudicación legal (no se consideran Affidávit)

VI. CANCELACION

Seleccione si la cancelación es para el asegurado principal o para un dependiente (s). Las cancelaciones serán efectivas al próximo mes de la petición. Otras cancelaciones serán efectivas según lo establezca su póliza. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Divorcio- Incluya Sentencia de Divorcio
- Muerte- Incluya Certificado de Defunción
- Matrimonio- Aplica sólo para los dependientes

VII. INTERESA CONVERSION

Si el asegurado cancela beneficios e interesa hacer una conversión de su póliza grupal a un Plan Individual, debe entregar copia de la Hoja de Trámite.

VIII. DUPLICADO DE TARJETA (S)

Seleccione si el duplicado será para todo el contrato o especificar para quién.

IX. OTROS