

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:							
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:				
II. CORRECCIÓN DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL											
Nombre:			Incorrecto:			Correcto:					
III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN											
De (actual):			A:			Fecha de Efectividad(mm/dd/yy):					
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					
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			
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						
VII. INTERESA CONVERSION: <input type="checkbox"/> Sí Teléfono: () <input type="checkbox"/> No											
VIII. DUPLICADO DE TARJETA											
Nombre					Número de Asegurado						
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 (ambulatoria)/ 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 mandataria. 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