



Universidad Interamericana de Puerto Rico
Solicitud de Cubierta de Plan Médico de Estudiantes
Recinto

INFORMACIÓN GENERAL PARA LA ELEGIBILIDAD:

La Universidad ofrecerá un Plan Médico a todo estudiante que:

- No posea un plan médico propio.
- Esté matriculado/a en seis (6) créditos o más del programa de bachillerato o de maestría y en tres (3) créditos o más del Programa Doctoral.
- Sea candidato a graduación y que en su último semestre o término académico se haya matriculado en uno o más cursos.
- El/la estudiante dispondrá de 30 días posterior al inicio de clases para hacer cambios.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE (Información es requerida por la aseguradora para fines exclusivamente de elegibilidad)

Nombre del Estudiante				Dirección Residencial:	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	I.		
Seguro Social	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	d / m / a Fecha de Nacimiento	Edad:	Dirección Postal:	

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, con número de estudiante _____, certifico haber leído los términos de elegibilidad para el plan médico de estudiantes. Si en algún momento dejo de ser estudiante de la UIPR de este término (201030) como por ejemplo, baja total dentro del 60% del término de los cursos matriculados; seré responsable ante la aseguradora por los gastos médicos incurridos y se ajustará la prima pagada al mes siguiente de la fecha de la baja total. De acuerdo con lo anterior he decidido:

ACOGERME al Plan Médico de Estudiantes que ofrece la Universidad para las siguientes cubiertas: (Término 201030).
VIGENCIA DE LA CUBIERTA: 1ro de febrero de 2010 al 31 de julio de 2010

Cubierta Básica (\$697.80) mandataria Dental (\$38.40) Opcional Seguro de Vida (\$6.00) Opcional

BENEFICIARIO(S) SEGURO DE VIDA		PARENTESCO	% (POR CIENTO DE DISTRIBUCIÓN)
NOMBRE			
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

NO ACOGERME al Plan Médico de Estudiantes que ofrece la Universidad, porque tengo un plan médico privado o del gobierno:

NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL PLAN MÉDICO

Núm. Contrato

Firma del Estudiante

Fecha

Si el estudiante eligió plan médico, el total a pagar por la cubierta será:

Básico \$ _____
 Dental \$ _____
 Seguro de Vida \$ _____
Total a Pagar \$ _____

Colocar sello Oficial de Recaudaciones

Firma de Representante Autorizado

Fecha