SOLICITUD DE INGRESO DE ESTUDIANTES

RECINTO DE RIO PIEDRAS

(PLAN FAMILIAR)

POR FAVOR COMPLETE LA SOLICITUD EN LETRA DE MOLDE O MAYÚSCULA

LA SOLICITUD DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA PODER SER PROCESADA

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NOMBRE APELLIDOS |
| DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NUMERO CALLE MUNICIPIO ZIP CODE |
| TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÚM. CONTRATO: 001234\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÚM. DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLASE DE  CONTRATO  X FAMILIAR | | | NUMERO DE GRUPO   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 0 | 0 | 4 | 2 | 5 | 4 | | | | | | | | | | FECHA DE EFECTIVIDAD  MES DÍA AÑO   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 0 | 9 |  | 0 | 4 |  | 1 | 7 | | | | | | | | FECHA DE EXPIRACIÓN  MES DÍA AÑO   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 0 | 1 |  | 1 | 6 |  | 1 | 8 | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE RECIBIDO EN TRIPLE S PR, INC. | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO PARTICIPANTE | | APELLIDOS NOMBRE | | T | SEXO F/M | FECHA NACIMIENTO | | | | | | | | PARENTESCO DESCRIPCIÓN | SEGURO SOCIAL | | | | | | | | | | | PARA USO EXCLUSIVO TRIPLE S | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | MES | | | DÍA | | AÑO | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | TR | | | | BF | | | | | RC | | RT | | SE | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | estudiante |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| INFORMACIÓN DE LAS CUBIERTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Cubierta Familiar Opción A □ con Dental □ con Major Medical  □ Cubierta Familiar Opción B □ con Dental □ con Major Medical | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico que la información en esta Solicitud de Ingreso de la UPR–RP (Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras), es correcta y autorizo a cualquier entidad o persona que posea información médica sobre mi o mis dependientes elegibles que guarden relación con mi plan de salud; a que suministre dicha información a Triple S, Salud Inc. Cuando estos así lo soliciten. Me comprometo a responder por los gastos incurridos por Triple S-Salud, Inc. a consecuencia de cualquier uso indebido de esta cubierta en o después del periodo de vigencia de la misma. Por la presente autorizo a todo proveedor que preste un servicio de salud a que permita a Triple S-Salud, Inc examinar y copiar los expedientes relacionados con el referido de servicios para fines de pagar la cantidad que proceda con el mismo. La información incluida en esta solicitud va a ser utilizada por Triple S-Salud, Inc. Para propósitos de ingreso, elegibilidad y para pago de los servicios obtenidos a través de este plan. El uso sin autorización de esta información para cualquier otro propósito distinto al antes indicado está prohibido por ley. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Solicitante | | | | | | | | Firma del Encargado del Grupo | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |