Universidad de Puerto Rico

Recinto de Río Piedras

Departamento de Servicios Médicos

Solicitud para activación y cambios de cubierta

Activation request and cover changes

2017-2018

**Fecha/date**:

A: Evelyn Rodríguez Burgos

Fax: (787) 625-8468

Email: evrodri@ssspr.com

**De: Myrna I. Guzmán Teléfono: (**787) 763-6233, **(**787) 764-0000, ext. 86562

Favor de completar todos los espacios de su información personal, si no aplica debe poner N/A.

Please complete all the spaces of your personal information, write N/A if something does not apply.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante/Student’s name:  | Nombre/Name |
| Dirección Postal/Postal address:  | Address Line 1 AddressLine2Ciudad/City PR Zip Code 12345-67900 |
| Teléfono del estudiante/Phone:  | (787) 123-4567 |
| Género/Gender  | [ ]  M [ ]  F |
| Núm. de estudiante/Student’s number:  | 801-18-1000 |
| Email:  | email@upr.edu |
| Núm. Seguro social/SS number:  | 123-45-6789 |
| Fecha de nacimiento/Date of birth:  | MM/DD/YYYY |
| Tipo contrato/Type of contract:  |  |
| Contrato nuevo/New contract:  |  |
| Número de contrato/Contract number  | ZUA0012341234567 |
| Cubiertas seleccionadasSelected coverage  |  |
|  | [ ]  Dental [ ]  Major Medical/MM |