

Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
Departamento de Servicios Médicos

**Solicitud para activación y cambios de cubierta**  
**Activation request and cover changes**  
**2018-2019**

**Fecha/date:** \_\_\_\_\_

A/to: Evarista Colón

Email: [admincgf@ssspr.com](mailto:admincgf@ssspr.com) con copia a [evacolon@ssspr.com](mailto:evacolon@ssspr.com)

**De/from:** Dr. Hernán Rosado / Sr. Ángel Burgos **Tel:** 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:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal/Postal address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PR **Zip code** \_\_\_\_\_

**Teléfono del estudiante/Phone:** \_\_\_\_\_ **Género/Gender**  **F**  **M**

**Núm. de estudiante/Student's number** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_ @upr.edu

**Núm. Seguro social/SS number:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento/Date of birth:** \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

**Tipo contrato/Type:** (  ) Individual/Student (  ) Familiar/Family

**Contrato nuevo/New contract:** (  ) Si/Yes (  ) No/No

**Número Contrato/If yes, number of contract** ZUA001234 \_\_\_\_\_

**Cubiertas seleccionadas/ Selected coverage**

\_\_\_\_ cubierta básica Alternativa A/ Basic & Pharm A

\_\_\_\_ cubierta básica Alternativa B/ Basic & Pharm B

\_\_\_\_ Dental

\_\_\_\_ Major Medical /MM

\_\_\_\_\_  
Representante UPR-RP