

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: 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