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 DECONTRATOX FAMILIAR | NUMERO DE GRUPO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 4 | 2 | 5 | 4 |

 | FECHA DE EFECTIVIDAD MES DÍA AÑO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 | FECHA DE EXPIRACIÓNMES DÍA AÑO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 | 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 |