



**Información General Para La Elegibilidad:**

La Universidad ofrecerá un Plan Médico a todo estudiante activo que:

1. No posea un plan médico propio.
2. Esté matriculado/a en seis (6) créditos o más del programa de bachillerato o de maestría y en tres (3) créditos o más del Programa Doctoral.
3. Sea candidato/a a graduación y que en su último semestre o término académico se haya matriculado en uno o más cursos.
4. El/La estudiante dispondrá de **30** días posterior al inicio de clases para añadir o eliminar cubierta de farmacia, dental o seguro de vida.

**Información General del Estudiante (Información es requerida por la aseguradora para fines exclusivamente de elegibilidad)**

Nombre del Estudiante:				Dirección Residencial:	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
Num. Identificación	<input type="checkbox"/> M  <input type="checkbox"/> F	/ / DD/MES/AAAA Fecha de Nacimiento	Edad:	Dirección Postal:	

**CERTIFICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_, certifico haber leído los términos de elegibilidad para el plan médico de estudiantes. Si en algún momento dejo de ser estudiante de la UIPR de este término **(201010)**, seré responsable ante la aseguradora por los gastos médicos incurridos. De acuerdo con los anterior he decidido:

**Acogerme** al Plan Médico de Estudiantes que ofrece la Universidad para las siguientes cubiertas: (Término: **201010**)

- Cubierta Básica y Farmacia (\$697.80)                       Seguro de Vida (\$6.00) Opcional  
 Dental (\$38.40) Opcional

**Beneficiario(s) Seguro de Vida**

Nombre	Parentesco	% (Porcentaje de Distribución)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**No Acogerme** al Plan Médico de Estudiantes que ofrece la Universidad, porque tengo un plan médico privado o del gobierno.

**NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL PLAN MEDICO**

**NUMERO DE CONTRATO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Estudiante

Fecha

**Si el estudiante eligió plan médico, el total a pagar por la cubierta será:**

<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Seguro de Vida  <b>Total a Pagar:</b> \$	<b>Colocar Sello Oficial de Recaudaciones:</b>  _____ Firma de Representante Autorizado                      Fecha
---	---