



Vigencia: 1 de marzo de 2010 al 31 de Julio de 2010

**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. Estudiante	<input type="checkbox"/> M  <input type="checkbox"/> F	/ / DD/MES/AAAA Fecha de Nacimiento	Edad:	Dirección Postal:	

**CERTIFICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, con número de estudiante \_\_\_\_\_, 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 (**201040**), como por ejemplo, baja total dentro del 60% del término de los cursos matriculados; seré responsable ante la aseguradora por los gastos médicos incurridos y se ajustará la prima pagada al mes siguiente de la fecha de baja total. De acuerdo con lo anterior he decidido:

**Acogerme** al Plan Médico de Estudiantes que ofrece la Universidad para las siguientes cubiertas: (Término: **201040**)

Cubierta Básica (\$581.50) Mandataria                       Seguro de Vida (\$5.00) Opcional  
 Dental (\$32.00) 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.

<b>NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL PLAN MEDICO</b>	<b>NUMERO DE CONTRATO</b>
_____	_____
<b>Firma del Estudiante</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____

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
---	---