



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 hacer cambios.

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

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 (**2010-23**), 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: **2010-23**)

Cubierta Básica y Farmacia (\$465.20) Mandataria Seguro de Vida (\$4.00) Opcional

Dental (\$25.60) 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 Total a Pagar: \$ _____	Colocar Sello Oficial de Recaudaciones: _____ Firma de Representante Autorizado Fecha
---	---