



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. 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 (**201130**), 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: **201130**)

Vigencia de la Cubierta: 1 de febrero de 2011 al 31 de julio de 2011.

- Cubierta Básica (\$798.60) Mandataria Dental (\$38.40) Opcional

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

NOTA: Si no recibes la tarjeta del plan médico, luego de tres semanas iniciadas las clases, favor de comunicarte con el Decanato de Estudiantes.