



HEALTH PLAN, INC.

PO BOX 9950 ARECIBO, PUERTO RICO 00613

Solicitud para Cambio en el Contrato

Nombre del Suscriptor _____ Número de Contrato _____

Nombre del Patrono _____ Número de Grupo _____

Cambio en Contrato Asegurado Principal

(X)	Cambio en Solicitud	Especifique
	Error en Número de Contrato	
	Cancelar Contrato	
	Cambio en Cubierta	
	Otros	

*Ver Instrucciones al Dorso

Cambio en Contrato Dependiente

(X)	Indique	Nombre	Fecha de Nacimiento
	Incluir		
	Excluir		
	Corregir		

*Ver Instrucciones al Dorso

Solicito el cambio arriba señalado. Entiendo y acuerdo que la cubierta será efectiva como se provee bajo las normas de elegibilidad y los reglamentos establecidos por First Medical Health Plan, Inc.

Firma del Suscriptor

Personal Autorizado del Grupo

Fecha

Documentos Requeridos para Procesar Cambios en Cubierta

Incluir Dependientes

Eventos	Evidencia
⇒ Matrimonio	Copia Certificado de Matrimonio
⇒ Nacimiento	Copia Certificado de Nacimiento
⇒ Adopción	Copia de la Agencia Pertinente

Excluir Dependientes

Eventos	Evidencia
⇒ Muerte de Dependiente	Copia de Acta de Defunción
⇒ Divorcio del Suscriptor	Copia de la Resolución del Tribunal
⇒ Ocurrencia de algún evento que convierta en inelegible a un dependiente	

Número de Contrato Erróneo

Enviar comunicación escrita donde certifique.

** Recuerde que todo cambio en contrato no debe exceder del tiempo estipulado en el Manual del Patrono. Los cambios deben ser recibidos en nuestra oficina en o antes del día 22 de cada mes.*