

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Organismo Gubernamental

**CERTIFICACIÓN DE CONVERSIÓN DE PLAN MÉDICO  
EN CASOS DE RENUNCIA O CESANTÍA**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_,  
Nombre Seguro Social

vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, empleado de  
\_\_\_\_\_, certifico que a partir del  
Nombre de la Agencia

\_\_\_\_\_ me acogeré al beneficio de conversión y continuaré con  
Fecha de efectividad de la renuncia o cesantía  
mi seguro de salud con la entidad aseguradora \_\_\_\_\_  
Nombre

mediante pago directo hasta la fecha de vigencia del contrato. Por esta razón, retengo mi tarjeta y las de mis dependientes.

Relevo de toda responsabilidad a la agencia por el pago de las reclamaciones correspondientes a servicios médicos utilizados por mí o mis dependientes a partir de la fecha de mi renuncia o cesantía.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor Inmediato

Nota: Se preparará en original y dos copias, el original para la Oficina de Recursos Humanos de la agencia, una copia para el empleado y la copia restante para el supervisor inmediato.

Conservación: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.