ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Organismo Gubernamental

SOLICITUD DE CANCELACIÓN

Fecha _____

Yo, _____, solicito la cancelación de mi plan médico _____ efectivo el ____ de ____ de 20____.

Asegurado principal _____
Número de seguro social _____
Agencia o Municipio _____
Mancomunado con _____
Número de seguro social _____
Agencia o Municipio _____

Razones para la cancelación:

- ___ No estoy conforme con el servicio recibido, especifique _____
- ___ Mis proveedores de servicio no están acogidos o cancelaron sus contratos
- ___ Otras, especifique: _____

Consentimiento de Divulgación e Información de Privacidad

Autorizo al plan médico a divulgar información sobre mi utilización de servicios en todas las cubiertas y de mis dependientes.

Me comprometo a pagar todo importe utilizado que exceda los límites establecidos en la cubierta contratada para mi y mis dependientes. Para procesar mi cancelación entiendo que no adeudo dinero al plan actual, de lo contrario mi solicitud no será procesada.

Nombre y Firma del Asegurado Principal

AVISO: Esta solicitud de cancelación deberá ser sometida al plan de salud actual que está acogido el suscriptor. La radicación de este documento no implica que será aceptada. Para ser adjudicado el suscriptor deberá tener el sello de aceptación del plan médico.

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