

Cambios al Contrato  Seguimiento

**INFORMACIÓN GENERAL**

Número de Grupo:	Sección:	Nombre de Grupo:	Teléfono:
Número de Contrato:	Nombre del Asegurado:		

**I. CAMBIOS A INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

<input type="checkbox"/> Dirección:		
<input type="checkbox"/> Teléfono: ;		
<input type="checkbox"/> Nombre:	<input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Sexo:

**II. CORRECCIÓN DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL**

Nombre:	Incorrecto:	Correcto:
---------	-------------	-----------

**III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN**

De (actual):	A:
--------------	----

**IV. CAMBIO DE CUBIERTAS**  Adición  Cancelación

Nombre	Código Dependiente (o relación)	CUBIERTAS (seleccione con una "X")				
		Básica	Dental	Farmacia	Gastos MM	Complementaria

**V. CAMBIO TIPO DE CONTRATO**

Personal (o pareja) a Familiar  Familiar a Individual (o pareja)

**VI. ADICIONAR A DEPENDIENTE(S) O CAMBIOS A DEPENDIENTE(S) ACTUALES**

Directo  Pareja  Opcional

Nombre	Parentesco	Género		Fecha de Nacimiento (dd/ mm/ yy)	Seguro Social	Cubierta Básica	Cubierta Adicional				
		F	M				D	F	MM	C	
		F	M								
		F	M								
		F	M								

**VII. CANCELACION**  Completo  Dependiente

Nombre	Código Dependiente	Fecha de Cancelación (dd/ mm/ yy)			Motivo

**VIII. DUPLICADO DE TARJETA**

Nombre	Código Dependiente	Motivo

**IX. OTROS**


\_\_\_\_\_  
Firma del Administrador Grupal

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INSTRUCCIONES

Este formulario tiene el propósito de facilitar el trámite para cambios, adiciones, cancelaciones y/o otras peticiones. Escoja la categoría deseada y complete los encasillados provistos. Triple-S Salud procederá a cambiar la información en el expediente con una marca (X) o información que usted indique. Recuerde que algunos cambios están permitidos en periodos determinados ó con ciertas especificaciones. Consulte su póliza.

## INFORMACIÓN GENERAL

Incluya la información del grupo, asegurado y cualquier documento(s) requerido(s) requerido en este formulario.

### I. CAMBIOS INFORMACION DEL CONTRATO

Escoja si el cambio es para el asegurado principal o el dependiente Para cambios o correcciones en el nombre, fecha de nacimiento o género, incluya el certificado de nacimiento del asegurado.

### II. CORRECCIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Seleccione si la corrección es para el asegurado principal o el dependiente. Incluya copia de la tarjeta del Seguro Social.

### III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN

Indicar en la sección que el asegurado se encuentra al momento y a la que va a ser transferido.

### IV. CAMBIO DE CUBIERTAS

Seleccione si el cambio será una adición o cancelación de cubierta y complete la información requerida. Estos cambios solo pueden hacerse durante el periodo autorizado en la póliza. Las cubiertas mandatarias escogidas por el grupo, solo aplican para dependientes opcionales.

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ▪ Cubierta Básica *          | A (ambulatoria)/ H (hospital)/ MQ (médico quirúrgico) |
| ▪ Dental                     | D   |
| ▪ Farmacia                   | F   |
| ▪ Gastos Médicos Mayores     | MM/ GM  |
| ▪ Complementaria (Care Plus) | C (Medicare Parte B es requerida)                     |

\*Para la mayoría de los grupos la cubierta básica es mandataria. Consulte su póliza.

### V. CAMBIO TIPO DE CONTRATO

Seleccione el tipo de contrato.

### VI. ADICIONAR DEPENDIENTE

Seleccione el tipo de dependiente que va a añadir. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Matrimonio- Certificado de Matrimonio
- Nacimiento- Certificado de Nacimiento
- Hijos estudiantes- Refiérase a su póliza para determinar edad máxima, incluya certificado de Colegio o Universidad acreditada
- Hijos incapacitados- Certificación Médica, Evaluación Psicológica o Psiquiátrica
- Hijos en custodia o adopción- Adjudicación legal (no se consideran Affidavit)

### VII. CANCELACION

Seleccione si la cancelación es para el asegurado principal o para un dependiente (s). Las cancelaciones serán efectivas al próximo mes de la petición. Otras cancelaciones serán efectivas según lo establezca su póliza. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Divorcio- Incluya Sentencia de Divorcio
- Muerte- Incluya Certificado de Defunción
- Matrimonio- Aplica sólo para los dependientes

### VIII. DUPLICADO DE TARJETA (S)

Seleccione si el duplicado será para todo el contrato o especificar para quién.

### IX. OTROS