



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos, Suite 208
Mayagüez PR 00682-1538
Tel. 787-833-8070 | Fax 787-832-5400

FORMULARIO DEL PAGADOR

1. Favor de llenar este formulario en su totalidad. Solicitudes de Ingreso no serán procesadas hasta tanto el formulario no sea completado.
2. La factura vence el primero de cada mes. Usted tiene como máximo hasta el día diez (10) para efectuar el pago. El no hacerlo equivale a una cancelación automática a los treinta (30) días de la fecha de la factura, sin derecho a reinstalación. Este contrato es por un período de un (1) año.
3. Si la póliza es cancelada, el pagador asumirá la responsabilidad del costo de los servicios prestados.
4. No se permitirán cambios hasta la fecha de la renovación excepto aquellos que se consideran inmediatos.
5. Los servicios ofrecidos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritas en el contrato del suscriptor.

Información del Suscriptor:

| | | | | |
|------------|---------|----------------------|-----------|----------------|
| Apellidos: | Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Seguro Social: |
| Dirección: | Pueblo: | País | Zip Code: | Teléfono: |

Información de los Dependientes:

| | | | | |
|---------|-----------|----------------------|-------|----------------|
| Nombre: | Relación: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Seguro Social: |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Información del Pagador:

| | | | | |
|------------|---------|----------------------|-----------|----------------|
| Apellidos: | Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Seguro Social: |
| Dirección: | Pueblo: | País | Zip Code: | Teléfono: |

| | | |
|-----------------------------|---------------|-------------------|
| Relación con el Suscriptor: | Estado Civil: | Lugar de Trabajo: |
|-----------------------------|---------------|-------------------|

| | | | | |
|------------------------|---------|-------|-----------|-------------------|
| Dirección del Trabajo: | Pueblo: | País: | Zip Code: | Teléfono Trabajo: |
|------------------------|---------|-------|-----------|-------------------|

SE ME HA HECHO CLARO QUE:

1. Debo pagar la prima mensual requerida dentro del período de tiempo establecido por el Plan Médico SSBV. El no hacerlo conlleva como resultado la terminación del derecho al suscriptor de continuar su cubierta.
2. La cubierta termina si el suscriptor está cubierto por otro plan de salud, individual o grupal, o si es elegible a MEDICARE. Me comprometo a notificar al Plan Médico SSBV sobre este evento a un término no mayor de 60 días.
3. Será entonces su responsabilidad el efectuar pagos mensuales de \$ _____ (sujeto a cambio), mediante cheque o giro postal a favor de Plan Médico SSBV, Inc.
4. La impostura, las omisiones, el encubrimiento de hechos y las declaraciones incorrectas no impedirán el cobro con arreglo a la póliza, a menos que: (1) Sean fraudulentas, o (2) que sean materiales, bien para la aceptación del riesgo, o para el peligro asumido por el asegurador, o (3) el asegurador de buena fe no hubiera expedido la póliza..., de haberse puesto en conocimiento de los hechos verdaderos, como se requería en la solicitud para la póliza o de otro modo. (Artículo 11.10 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 11.10).

Con mi firma certifico que he leído el documento en su totalidad, que fui orientado, que acepto y entiendo todo lo aquí escrito.

Firma del Pagador Fecha

Firma del Representante Fecha Sello Oficial