

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

### Información del Asegurado Principal

Nombre del Asegurado Principal		Seguro Social
Nombre del Pagador		Seguro Social del Pagador
Dirección Postal		Código Postal
Teléfono	E-Mail	

Cambio de Cubierta

Favor de marcar el plan al cual desea cambiar su cubierta:  Plan A  Plan B  Plan C  Plan D

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha <span style="float: right;">MM / DD / AAAA</span>

**AVISO IMPORTANTE**

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_