UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE LAS ANTILLAS

Indicador de Plan Médico

Año Académico: _____

☐ **1er. Semestre** ☐ **2do. Semestre** ☐ **Verano** ___ Junio ___ Julio

Jacqueline Colón Tel. 787.834.9595 ext. 2810
Fax: 787.832.8692 • jcolon@uaa.edu

_____ _____
Apellidos, Nombre Número de Estudiante

Tel./Cel. _____ E-mail: _____

Marque su selección

☐ Intereso acogerme al seguro médico de la Universidad Adventista de las Antillas (Servicios de Salud Bella Vista).

☐ Básico ☐ Dental ☐ Medicamentos ☐ Completo

☐ No intereso acogerme al seguro médico de la universidad Adventista de las Antillas por tener otro seguro médico. (Incluya copia vigente de la tarjeta plan médico, expedida a nombre del estudiante o que incluya su nombre en los dependientes, y/o documento oficial que certifique que el estudiante está cubierto por un seguro médico durante el semestre en que se está matriculando, si la tarjeta del seguro no incluye fecha de vencimiento).

Me comprometo a renovar mi seguro médico, si el mismo caduca durante el semestre en curso. De no cumplir con este compromiso, eximo a la Universidad Adventista de las Antillas de cualquier responsabilidad en caso de presentarse alguna emergencia o si surgen cambios en la cubierta médica.

Firma del/la estudiante: _____

Fecha: _____

Servicio de Salud: _____

COMPROMISO

Yo, _____

Certifico que he sido orientado a traer _____

y entiendo que de no entregar tales documentos antes _____

no se procesará la baja del plan médico y me serán cargados $250 dólares correspondientes al plan compulsorio de la Universidad.

Firma estudiante: _____