

Vision Plan of America



FORMA DE CAMBIO DE ESTADO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA FORMA DE CAMBIO DE ESTADO

1. Por Favor imprima todo la información claramente
2. Complete todas las secciones aplicables
3. La información general miembro debe ser llenada completamente
4. Por favor regrese la forma completa a Vision Plan of America

1. INFORMACION GENERAL DEL MIEMBRO

NOMBRE DEL MIEMBRO (como aparece en la tarjeta de identificación): _____
DOMICILIO: _____ NUMERO DE APT: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
NUMERO DE MIEMBRECIA (incluyendo el numero de grupo): _____
NUMERO DE EMPLEADOR/ GRUPO: _____

2. PETICION PARA CAMBIO DE DOCTOR

DOCTOR ACTUAL: _____ NUMERO DE OFICINA: _____
RAZON DEL CAMBIO: _____
DOCTOR NUEVO: _____ NUMERO DE OFICINA: _____

3. OTROS CAMBIOS SOLICITADOS (Por favor marcar la casilla apropiada)

CAMBIO DE NOMBRE

CAMBIO DE DIRECCION

NUEVO NOMBRE: _____
NUEVA DIRECCION: _____ NUMERO DE APT: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

4. DEPENDIENTE(S) PARA AGREGAR O CANCELAR

AGRERAR DEPENDIENTE(S)

CANCELAR DEPENDIENTE(S)

| | NOMBRE | APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO |
|----|--------|----------|---------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ | _____ |

5. CANCELAR MIEMBRO(S)

| | APELLIDO Y NOMBRE | # DE MIEMBRECIA | # SEGURO SOCIAL | MONTO |
|----|-------------------|-----------------|-----------------|-------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. | _____ | _____ | _____ | _____ |

POR FAVOR FIRME: _____ FECHA: _____