



SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIO FLEXIBLE

Póliza N°: _____

Fecha de la Solicitud: _____

Nombre del Asegurado: _____ Certificado N°: _____

El beneficio flexible consiste en cambiar el beneficio de maternidad por cualquiera de las siguientes opciones. Podrá cambiar de beneficio una sola vez cada 2 años.

Opción No. 1 – Chequeo Médico Preventivo:

Beneficio Máximo a pagar por año por esta cobertura será de ¢90.000 por empleado asegurado.

Opción No. 2 – Chequeo Óptico Anual:

Cubrirá todos los gastos médicos incurridos por consulta, sustitución de anteojos o lentes de contacto, monto máximo ¢90.000.

Opción No. 3 – Beneficio Dental Anual :

Incluye exámenes orales, profilaxis, aplicaciones de fluoruro, rayos x, pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnósticos, monto máximo ¢90.000.

Opción No. 4 – Regresar al Beneficio Maternidad :

Regresa al beneficio de maternidad de acuerdo con las condiciones pactadas en la póliza vigente a la fecha de la solicitud.

Solicito cambiar la cobertura del beneficio flexible que actualmente tengo, por la Opción N° _____ del Seguro de Gastos Médicos descrita en las opciones detalladas.

Solicito el cambio a partir del _____
Día Mes año

Hago constar que conozco los nuevos lineamientos que indica que deberé permanecer como mínimo por dos años consecutivos dentro de la nueva opción escogida.

Firma: _____

Cedula: _____

Favor adjuntar copia de la cedula de identidad a la presente solicitud