

Vision Plan of America



(213) 384-2600 (800) 400-4-VPA
3255 WILSHIRE BOULEVARD SUITE 1610
LOS ANGELES CALIFORNIA 90010
FAX (213) 384-0084

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 de inscripción debe estar llena completamente
4. Por favor retorne la forma completa a Vision Plan of America

INFORMACIÓN GENERAL DEL MIEMBRO

NOMBRE DEL MIEMBRO (como en la tarjeta de identificación): _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

NUMERO DE MIEMBRO (incluyendo el numero de grupo): _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA/GRUPO: _____

PETICIÓN PARA CAMBIO DE DOCTOR

DOCTOR ACTUAL: _____ NUMERO DE FACILIDAD: _____

RAZON DEL CAMBIO: _____

DOCTOR NUEVO: _____ NUMERO DE FACILIDAD: _____

OTROS CAMBIOS SOLICITADOS (Por favor marcar la casilla apropiada):

CAMBIO DE NOMBRE CAMBIO DE DIRECCION ADHERIR DEPENDIENTES BORRAR DEPENDIENTES

NUEVO NOMBRE: _____

NUEVO DIRECCION: _____ APT #: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL#: _____

DEPENDIENTE/S PARA ADHERIR O BORRAR (Para alistar más dependientes use el reverso de la hoja)

(Nombre, Apellido y fecha de nacimiento)

1. _____

2. _____

3. _____

AGREGAR MIEMBROS

Nombre y Apellido	Numero de Miembro	# Seguro Social	Monto
-------------------	-------------------	-----------------	-------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

QUITAR MIEMBROS (Para borrar más miembros use el reverso de la hoja)

Nombre y Apellido	Numero de Miembro	# Seguro Social	Monto
-------------------	-------------------	-----------------	-------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

FIRMA DEL MIEMBRO: _____ FECHA: _____