



Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico
P.O. Box 30382, San Juan, PR. 00929-0382
Tel.: (787) 752-6890, (787) 752-4436

COMPROBANTE DE PAGO Y/O SOLICITUD DE EXCENCION PARA SEGURO DE CANCER

Nombre: _____

Seguro Social: _____ Lic. Trabajo Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Lugar de Empleo: _____ Ingreso _____ Renovación _____

Envío la cantidad de \$ 20.00 para acogerme al seguro anual de cáncer de COSVI

Fecha de envío: _____ **cheque:** _____ **giro:** _____

Están exentos de acogerse al seguro aquellos (as) que:

_____ *tengan un diagnóstico previo de cáncer o enfermedades perniciosas (se requiere certificación).*

_____ *tengan un seguro de cáncer con COSVI (indicar número de póliza _____)*

Favor cumplimentar este formulario y enviarlo lo antes posible