

International Medical Group®
P.O. Box 88509
Indianapolis, IN 46208-0509 USA
Número de Teléfono: 1.317.655.4500 ó 1.800.628.4664
Fax: 1.317.655.4505
customercare@imglobal.com
www.imglobal.com



CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE DEPENDIENTE

Nombre del Grupo _____ Número del Grupo _____
Nombre del Asegurado _____ Número de Identificación _____
Dirección del Asegurado _____

Certifico que _____, mi hijo/a quien tiene _____ años de edad, está matriculado/a como estudiante a tiempo completo en un instituto de educación superior.

Fechas de matriculación: De _____ a _____
mes/día/año mes/día/año

Instituto: _____

Dirección de la oficina de registro: _____

Número de teléfono de la oficina de registro: _____

Número de Seguro Social del Estudiante, Pasaporte, o Licencia de Conducir: _____

Certifico que él/ella no está casado/a y depende de mi respaldo.

Autorizo al dicho instituto para divulgar cualquier información acerca del estado de matriculación de mi hijo/a.

Firma de Padre o Madre/Fecha

Oficina de Registro/ Oficina de Admisión

Fecha

(Sello)

Esta forma es para verificación de Inscripción de Elegibilidad. International Medical Group, a su discreción, puede requerir documentación adicional, tal como expedientes académicos o una carta de la institución educativa al tiempo de la reclamación.