



Sentí el respaldo de saber que estamos

FORMULARIO DE ALTA, BAJA Y MODIFICACIÓN

Nro. de Solicitud

Fecha de Solicitud

Vigencia

MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

● Tipo de Trámite Alta Baja Modificación

Motivo de baja Fecha de baja

Beneficiario Voluntario Monotributista Jubilado Por Empresa: Costo O. Social Empresa

Prestador Médico Costo O. Social Asociado

Plan 025 210 310 410 450 510

Plan R6 R8

● Datos del Titular

Nombre Apellido

Sexo F M Fecha Nac. CUIT / CUIL

D.N.I. Nacionalidad Estado Civil Edad

● Domicilio

Calle Número Piso Dpto. C.P.

Localidad Pcia. Tel. particular

Tel. laboral Fax Celular

E-mail Contacto

● Datos de la Empresa

Razón Social CUIT Contacto

Calle Número Piso Dpto. C.P.

Localidad Pcia. Sueldo Bruto Fecha Ingreso

● Acreditación Reintegros

Banco Cuenta Corriente Caja de Ahorro

Número CBU

● Declaratoria de Beneficiario (Subsidio por Fallecimiento)

Declaro como beneficiario/s a:

Apellido y nombre D.N.I.

Apellido y nombre D.N.I.



FORMULARIO DE ALTA, BAJA Y MODIFICACIÓN

MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

Datos del Grupo Familiar

Nombre

Sexo F M Fecha Nac. ____/____/____

Nacionalidad

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

Apellido

Parentesco D.N.I.

Estado Civil Edad

Datos del Grupo Familiar

Nombre

Sexo F M Fecha Nac. ____/____/____

Nacionalidad

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

Apellido

Parentesco D.N.I.

Estado Civil Edad

Datos del Grupo Familiar

Nombre

Sexo F M Fecha Nac. ____/____/____

Nacionalidad

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

Apellido

Parentesco D.N.I.

Estado Civil Edad

Datos del Grupo Familiar

Nombre

Sexo F M Fecha Nac. ____/____/____

Nacionalidad

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

Apellido

Parentesco D.N.I.

Estado Civil Edad

Datos del Grupo Familiar

Nombre

Sexo F M Fecha Nac. ____/____/____

Nacionalidad

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

Apellido

Parentesco D.N.I.

Estado Civil Edad

IMPORTANTE

Declaro haber sido informado sobre el alcance de la cobertura del plan solicitado y haber recepcionado la cartilla correspondiente.

Las bajas se deberán informar exclusivamente a través de la presentación de este formulario, y se recibirán hasta el último día hábil del mes anterior al que regirá la vigencia de la baja.

Ampar procederá a dar la baja de un asociado en forma unilateral si el mismo adeudare tres o más mensualidades y no proceda a regularizar su situación dentro del plazo establecido por notificación fehaciente.

Me notifico que:

Una vez realizado un cambio de plan, deberé permanecer en el mismo por el lapso de al menos un año antes de poder efectuar el traspaso a un plan más bajo.

Una vez realizado un cambio de Prestador Médico no podré solicitar mi reincorporación al prestador anterior.

FIRMA Y ACLARACIÓN

Uso interno

Nro. Beneficiario

INOS

INAES

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme a lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA AMPAR