

SUCURSAL:	FECHA:
NRO. AFILIADO:	PLAN:
APELLIDO Y NOMBRE:	TELÉFONO:

BAJA COMPLETA GRUPO FAMILIAR:	
-------------------------------	--

BAJA DE INTEGRANTE/S DEL GRUPO:	
---------------------------------	--

INDICAR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO QUE SOLICITAN LA BAJA DEL SERVICIO

NRO AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO TIPO Y NRO.

LA PRESENTE FIRMA SERÁ ACREDITACIÓN SUFICIENTE DE CONFORMIDAD PARA INICIAR EL PROCESO DE BAJA DEL SERVICIO.

ESTA SOLICITUD DE BAJA DEBERÁ SER ENTREGADA PREVIO A LOS DÍAS 20 DE CADA MES.

LA VIGENCIA DEL PLAN MÉDICO CONTINUARÁ ACTIVA HASTA EL ULTIMO DÍA DEL MES EN CURSO.

ESTA PLANILLA QUEDARÁ PENDIENTE HASTA LA APROBACIÓN DE AUDITORÍA COMERCIAL.

EL PLAN DE SALUD DEBERÁ TENER REGULARIZADA SU CUOTA, DE LO CONTRARIO DICHA SITUACIÓN DE BAJA, SE ENVIARÁ AL DEPARTAMENTO DE LEGALES. EN CASO DE RECHAZARSE LA MISMA, LA EMPRESA SE COMUNICARÁ AL TELÉFONO DECLARADO EN LA PLANILLA PARA INDICAR EL MOTIVO.

MOTIVO DE LA BAJA

OBSERVACIONES

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

DE USO INTERNO

FORMA DE PAGO:	ADHERENTES:
VALOR CUOTA:	VIGENCIA:
DEUDA:	MONTO ADEUDADO:

APROBACIÓN