



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