



Nº Socio Plan: Categoría:

TITULAR, Apellido y Nombre:

Vigencia:

1 - BAJAS PARCIALES

Solicito baja parcial de los siguientes integrantes de mi grupo familiar (sujeto a autorización auditoría médica)

Nº de Socio	Apellido y Nombres de los Integrantes
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NUEVO TITULAR:

Entrega Credenciales de los Integrantes SI NO

MOTIVO

2 - BAJAS TOTALES

Solicito la baja del servicio del que suscribe la presente y de TODO MI GRUPO FAMILIAR

Entrega Credenciales de los Integrantes SI NO

NOTA: El que suscribe la presente y su grupo familiar declaran darse de baja sin deuda alguna a la fecha, caso contrario deberá cancelarla dentro de las 72 horas de efectuado el reclamo por la empresa. La falta de entrega de las credenciales responsabiliza al titular del grupo familiar por gastos ocasionados en servicios médicos, centros de diagnóstico, farmacias, etc. que se realicen con posterioridad a la fecha de baja teniendo que abonar sin perjuicio de las acciones legales que pudieran corresponder.

MOTIVO DE BAJA

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION