

SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN DIRECTO
(a la modalidad de pago directo)



**Accord
Salud**
Plan de Salud de
Unión Personal

Fecha

Afiliado N°

Señores Obra Social Unión Personal:

Por medio de la presente solicito el cambio de mi plan actual

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres Edad

DNI/LE/LC N° N° CUIL Fecha Nac.

Domicilio postal / Cobranza

Domicilio particular / Prestacional

E-mail

Autorizo el envío de Facturas y notificaciones por e-mail Si No

DATOS DEL CONYUGE:

Apellido y Nombres

DNI/LE/LC N° Edad Fecha Nac.

FORMA DE PAGO

- EFECTIVO
- CHEQUE
- TARJETA DE CRÉDITO
- TARJETA DE DÉBITO
- C.B.U.

PERSONAL INTERVINIENTE

Promotor

Apellido y Nombres
N°

Administrativo 1 (Preafiliación)

Administrativo 2 (Alta)

Adjuntar último recibo de sueldo y copia del DNI
Referencias Zona Metropolitana: Classic (Adm. Pública) a 110 y 210 / Verde a 110 / Dorado a 110 y 210 / Platino a 110, 210 y 310 / 210 a 110 / 310 a 210 y 110 / 110 a 210 (Solo Adm. Pública).

Referencias Interior del País: Classic (Adm. Pública) a Dorado / Platino a Dorado / Verde a Dorado.

Firma del afiliado

Aclaración