

## SOLICITUD CAMBIO DE PLAN / CONDICIÓN

Fecha de Confección: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agencia | Oficina | Delegación: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Nº del Grupo: \_\_\_\_\_

Titular del Grupo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono (Fijo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

VOLUNTARIO / OBLIGATORIO <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>

OBLIGATORIO / VOLUNTARIO <sup>(2)</sup>

CAMBIO DE PLAN

PLAN ACTUAL: \_\_\_\_\_

PLAN SOLICITADO: \_\_\_\_\_

Declaro conocer los alcances del Plan Solicitado

Solicitud de Cambio de Plan descendente y/o Condición, sujeta a Auditoría Médica

VIGENCIA SOLICITADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....  
Firma Administrativo /Agente

.....  
Firma Titular del Grupo

(1)Declaro conocer los terminos de cambio ante Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS)

(2)Adjuntar al cambio de Condición tanto VOL/OBL como OBL/VOL la documentación correspondiente.