

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 ⁽¹⁾

OBLIGATORIO / VOLUNTARIO

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 y DNI Titular del Grupo

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

(2) Declaro estar debidamente informado que en aquellos casos de solicitud de cambio de plan a uno ascendente o superior, deberé aguardar el transcurso del período de 180 días de efectivizado el cambio para acceder a prestaciones y prestadores contemplados en el nuevo plan - es decir, prestaciones o prestadores no contemplados en el plan del cual provengo - y acepto los términos relativos al cambio de plan ascendente.