

## 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>

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

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

<sup>(2)</sup> 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.