

SOLICITUD DE BAJA

Buenos Aires, ____ de ____ 20__.

El que suscribe sr./a: _____ socio/a n° _____ plan _____

☐ Socio directo ☐ Desregulado. Domicilio _____

localidad _____ teléfono _____.

Solicita la **BAJA: Parcial** ____ (x) | **Total** ____ (x) del grupo.

Solicito la baja de los servicios de SB Salud - Administrar Salud S.A. para los siguientes integrantes:

Apellido y nombre: _____ Integrante n° _____.

Apellido y nombre: _____ Integrante n° _____.

Apellido y nombre: _____ Integrante n° _____.

Apellido y nombre: _____ Integrante n° _____.

Motivo: (Coloque una cruz en donde corresponda) *Adjuntar documentación según tipo de baja.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Fallecimiento | ☐ Otro prepago | ☐ Disconformidad sector administrativo |
| ☐ Económico | ☐ Otra obra social | ☐ Disconformidad sector comercial |
| ☐ Desempleo | ☐ Otra cobertura por relación laboral | ☐ Disconformidad con prestadores |
| ☐ Cambio de grupo | ☐ Viaje al interior / exterior | ☐ Otros motivos ¿cuáles? _____ |

Importante:

La baja de la cobertura es aceptada por SB Salud - Administrar Salud S.A. conforme los artículos 3° y 4°, así como con sus respectivos incisos, del reglamento de afiliación.

Si al momento de solicitar la baja el/la afiliado/a registra cuotas o saldo pendiente de cancelación, el titular deberá cancelar dicho importe y/o firmar convenio de pago en el cual se compromete a cancelar la/s cuota/s o saldo pendiente de cancelación en hasta tres cuotas mensuales y consecutivas.

Presto mi conformidad con la totalidad de lo aquí establecido y dejé constancia del carácter irrevocable de la baja de los servicios de SB Salud - Administrar Salud S.A., renunciando a cualquier prestación futura o reclamo a su respecto.

FIRMA

ACLARACIÓN

DOCUMENTO