

FORMULARIO ADHESION AL SISTEMA DE MEDICINA PREVENTIVA

Por intermedio de la presente, quien suscribe, afiliado _____,
solicita por este medio la incorporación al Servicio de Medicina Preventiva.

Asimismo deseo incorporar a mi cónyuge, cuyos datos a continuación detallo
(completar únicamente en caso de adherir al cónyuge):

APELLIDO Y NOMBRE: _____
DNI: _____ . FECHA DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO: _____

Por la presente tomo conocimiento y acepto:

I) El costo mensual del Servicio asciende a \$ 60, los cuales serán debitados de mi Cuenta Corriente Productor de Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.

II) El uso de este servicio para mi cónyuge podrá realizarse luego de haber cumplido con el período de carencia determinado por el Consejo Directivo (6 meses desde el ingreso al Sistema de Medicina Preventiva)

III) No podré dar de baja este servicio, en caso de haber hecho uso del mismo, hasta cumplir la 5ta anualidad desde el ingreso de mi cónyuge al Sistema de Medicina Preventiva, de lo contrario se debitará de mi Cuenta Corriente Productor de Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. el importe total del servicio prestado.

Firma

Aclaración: _____

Nro. de Productor: _____