

FORMULARIO ADHESION CONYUGE AL SISTEMA DE MEDICINA PREVENTIVA

Por intermedio de la presente, quien suscribe, asociado _____,
solicita por este medio la incorporación al Servicio de Medicina Preventiva de 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 \$ 84 para el cónyuge, 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 mi ingreso y el 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.

Fecha: ___/___/_____

Firma

Aclaración: _____

Nro. de Productor: _____