MEDIMÁS
Sistema Mutual de Salud

# SOLICITUD DE BAJA DE SERVICIO / COBERTURA DIFERENCIAL

DELEGACIÓN ☐ CUIL-CUIT del Titular ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº LEGAJO ☐

BAJA ☐ *(excluye adherente)* PLAN ☐

## ORIGEN

Monotributo ☐ Relación de dependencia ☐ Adherente ☐ Otros ☐ *(Indicar cuál)*

## DATOS AFILIADOS TÍTULAR

| | |
|---|---|
| Apellido y Nombre: | CUIL-CUIT |
| Calle, Nº, Piso, Departamento: | Fecha de nacimiento / / |
| Barrio Provincia C.P. | Correo electrónico |
| Plan de cobertura: | Teléfono |

## GRUPO FAMILIAR PRIMARIO LEY 23660, ART.9 (INC. A)

| DU-CUIL | Apellidos y Nombres | Parentesco *(Según tabla auxiliar SSSalud)* | Fecha de nacimiento | Indicar F | M |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |

## GRUPO FAMILIAR (PADRES, SUEGROS O NIETOS) RESOLUCIÓN 81/95

| DU-CUIL | Apellidos y Nombres | Parentesco *(Según tabla auxiliar SSSalud)* | Fecha de nacimiento | Indicar F | M |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | / / | | |
| | | | / / | | |

**MOTIVO DE BAJA:**

Fecha _____ Firma _____ Aclaración _____ CUIL _____