Solicitud de Ingresos

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL PLAN DE SALUD

Tipo de Asociado Individual Directo ☐ Corporativo Directo ☐

Alta	**Modificación**	**Plan**	**M1**	**M2**	**M3**	Valor Cuota Plan (sin IVA)	Valor Cuota Módulo (sin IVA)	**Valor Cuota Total** (sin IVA)	**Fecha de Vigencia**	**ID Número**	**Solicitud**	**Número de Asociado**
☐	☐		☐	☐	☐				/			

Datos Personales del Titular

Apellido y Nombre/s | Edad | Fecha de Nacimiento / / | Estado Civil | Nacionalidad | Sexo | CUIT/CUIL | Tipo Doc. | Nº de Documento | H.C.

Domicilio Particular/Postal | Barrio | Nº | Piso | Depto. | Cód. Postal | Localidad | Provincia | Teléfono | Teléfono Celular

Domicilio Envío de Correspondencia | Barrio | Nº | Piso | Depto. | Cód. Postal | Localidad | Provincia | Correo Electrónico

Entrega de Credenciales: **1) Envío por Correo** ☐ **2) Retira en:** a) Oficina en H.U.A. ☐ b) Suc. Escobar ☐ c) Suc. Luján ☐ d) Suc. San Miguel ☐ e) Suc. Pilar ☐

AS 201 09/2020
R.N.E.M.P. (Prov.) 1095

Datos de la Empresa (sólo para Asociados Corporativos)

Razón Social | CUIT | Obra Social | Teléfono

Datos de los Familiares

Parentesco	01 Apellido y Nombre/s	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Estado Civil	Nacionalidad	H.C.
Parentesco	02 Apellido y Nombre/s	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Estado Civil	Nacionalidad	H.C.
Parentesco	03 Apellido y Nombre/s	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Estado Civil	Nacionalidad	H.C.
Parentesco	04 Apellido y Nombre/s	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Estado Civil	Nacionalidad	H.C.

Firma del Titular

Aclaración Firma

Datos de Cobranza (sólo para Asociados Individuales)

Medios de Pago ☐ Débito ☐ Tarjeta ☐ Pago Fácil

Nombre del Titular de la Tarjeta o Cuenta Bancaria | DNI | ☐ Factura "A"

Banco | ☐ C. Ahorro ☐ C. Corriente | Sucursal | Nº de Cuenta | CBU

Autorizo a ACES a debitar de mi Tarjeta o Cuenta, (tachar lo que no corresponda), el importe para abonar la cuota del Plan de Salud en forma mensual.

Tarjeta ☐ VISA ☐ AMEX ☐ NARANJA ☐ MASTERCARD | Nº Tarjeta | Vencimiento / | Dígito Verificador

Titular de la Tarjeta o Cuenta Bancaria

Firma

Aclaración Firma

Administración de Ventas

Cód. Lista de Precios | Fecha / / | Grupo de Afinidad | Promoción | Apellido y Nombre/s del Ejecutivo de Ventas

Firma Administración

Aclaración Firma Administración

NOTA: Cada Plan incrementará el valor de la cuota con el cambio de edad al cumplir los: 21, 26, 31, 36, 46, 56, 62, 66, 71 y 76 años. (El rango de 0 a 20 años es exclusivo para hijos).