

# SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN DIRECTO ( Sin condicionamiento médico)



Fecha

Afiliado N°

Señores Obra Social Unión Personal:

Por medio de la presente solicito el cambio de mi plan actual

## DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres

Edad

DNI/LE/LC N°

N° CUIL

Fecha Nac.

Domicilio postal / Cobranza

Domicilio particular / Prestacional

E-mail

Autorizo el envío de Facturas y notificaciones por e-mail

☐ Si

☐ No

## DATOS DEL CONYUGE:

Apellido y Nombres

DNI/LE/LC N°

Edad

Fecha Nac.

## FORMA DE PAGO

- ☐ EFECTIVO  
☐ CHEQUE  
☐ TARJETA DE CRÉDITO  
☐ TARJETA DE DÉBITO  
☐ C.B.U.

## PERSONAL INTERVINIENTE

☐ Promotor

Apellido y Nombres

N°

Administrativo 1 (Preafiliación)

Administrativo 2 (Alta)

### Adjuntar último recibo de sueldo y copia del DNI

Referencias Zona Metropolitana: Classic (Adm. Pública) a 110 y 210 / Verde a 110 / Dorado a 110 y 210 / Platino a 110, 210 y 310 / 210 a 110 / 310 a 210 y 110 / 110 a 210 (Solo Adm. Pública).

Referencias Interior del País: Classic (Adm. Pública) a Dorado / Platino a Dorado / Verde a Dorado.

Firma del afiliado

Aclaración