

SOLICITUD DE ALTA

según las siguientes condiciones

Tel. Coordinación de Servicios: **2204 3739*** A ☒ M ☐ R ☐ I ☐ B

RADIO **10100** RUTA **CIV** FECHA DE AFILIACIÓN **22 05 24** **CONTRATO**

APELLIDOS / NOMBRES **Thunier Ribeiro Antonio José**

CÉDULA DE IDENTIDAD **55563798** FECHA DE NACIMIENTO **19 09 05** TELÉFONO **091972997** CELULAR **091972997** TELÉFONO AUXILIAR ALT.

RECONOCER ANTIGÜEDAD FECHA VALOR

DIRECCIÓN DE COBRO **BARRIO SAN MARTIN Avellaneda 260 - PISO CERRO LARGO ETQ. RUTAS**

MUTUALISTA **Hospital Público** EMERGENCIA MÓVIL DIRECCIÓN DE E-MAIL **wehepe2005@gmail.com**

PRODUCTOS	8hs	16hs	24hs	Importe	Hs	Importe	Hs	Importe
SANATORIO	<input checked="" type="checkbox"/>			580				
CONVALECENCIA								
DOMICILIO ESPECIAL								
GRUPO FAMILIAR*								
PREMIUM								
PROMO:								
AMPARO PLUS								
SANATORIO 500								
VIDASSIST (Exp. Plus. Premium)*								
REEMBOLSO SOLIDARIO OPCIONAL								
REEMBOLSO SOLIDARIO CONJUNTO								
VIAJERO								
HOTEL*								
ATSU*								
CMG*								
PREVENCIÓN 2*								
VIDA EXPRESS 2								
VIDA PLUS								
VIDA ESPECIAL								

El importe mensual de la cuota es de \$ **580** (pesos uruguayos **580**)

TOTAL CONTRATADO \$: **580**

Total \$ anterior: Reducción / Ampliación

Beneficiarios

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

APELLIDOS / NOMBRES CÉDULA DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO CELULAR TELÉFONO AUXILIAR ALT.

Autorización de Débito

Yo (nombre respaldante) CÉDULA DE IDENTIDAD

autorizo el débito automático a través de Número de descuento FECHA DE VENCIMIENTO

De los importes inherentes a VIDA contratado en este formulario, reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de VIDA, como los aportes que autorizo a debitar de mi resumen tienen como causa exclusiva la relación contractual entre VIDA y el suscrito. Es de mi conocimiento que el abono mensual se facturará por mes calendario adelantado. Asimismo notificaré el cese de la presente autorización a VIDA con 30 días de anticipación.

OBSERVACIONES:

FIRMA: **José Ribeiro** FECHA: **22 05 24** C.I.: **55563798** TEL.:

ACLARACIÓN: **Avellaneda 260**

FIRMA PROMOTOR **SERINATAJANA** SUP/EMP: PROMOTORA **55673298**