



SOLICITUD DE REDUCCIÓN

según las siguientes condiciones

Tel. Coordinación de Servicios:

2204 3739*

A	M	R	I	B
		X		

RADIO

137

RUTA

201

FECHA DE AFILIACIÓN

30 1 24

CONTRATO

APELLIDOS / NOMBRES

MARIA PITA DELEON

CÉDULA DE IDENTIDAD

30663749

FECHA DE NACIMIENTO

21 5 44

TELÉFONO

4552 3364

CELULAR

099720789

TELÉFONO AUXILIAR ALT.

FECHA VALOR

RECONOCER ANTIGÜEDAD

DIRECCIÓN DE COBRO

GRAL FLORES 16.

MUTUALISTA

EMERGENCIA MÓVIL

DIRECCIÓN DE E-MAIL

srabazapita@gmail.com

PRODUCTOS

SANATORIO
CONVALESCENCIA
DOMICILIO ESPECIAL
GRUPO FAMILIAR*
PREMIUM
PROMO:

8hs	16hs	24hs	Importe
		X	2190

AMPARO PLUS
EMERGENCIAL
VIDASSIST (Exp. Plus. Premium)*
REEMBOLSO SOLIDARIO OPCIONAL
REEMBOLSO SOLIDARIO CONJUNTO

Hs	Importe
8	265

HOTEL*
ATSU*
CMG*
PROMO 100*
VIDA EXPRESS
VIAJERO

Hs	Importe

El importe mensual de la cuota es de \$ 2455 (pesos uruguayos)

TOTAL CONTRATADO \$:

Total \$ anterior: Reducción / Ampliación

3480

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.

Autorización de Débito

Yo (nombre respaldante)

autorizo el débito automático a través de

Número de descuento

CÉDULA DE IDENTIDAD

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:

REDUCE CONVALESCENCIA, PAGO 24HS Y REEMBOLSO 1025.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DOMICILIO:

GRAL FLORES 16.

FECHA:

C.I.:

TEL.:

FIRMA PROMOTOR

SUPIEMP: PROMOTORA

Los socios de VIDA tendrán cobertura en todo departamento donde se encuentre instalado un local comercial de la empresa.

*Condiciones particulares del producto ver anexo.