



## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

según las siguientes condiciones

Tel. Coordinación de Servicios: **2204 3739\***

A M R I B ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

RADIO **8** RUTA **DP** FECHA DE AFILIACIÓN **8 2 24** **CONTRATO**

APELLIDOS / NOMBRES **HAIDEE FERNANDEZ**

CÉDULA DE IDENTIDAD **29319022** FECHA DE NACIMIENTO **10 6 28** TELÉFONO **226966358** CELULAR **094686767** TELÉFONO AUXILIAR ALT.

RECONOCER ANTIGÜEDAD ☐ ☐ ☐ FECHA VALOR ☐ ☐ ☐

DIRECCIÓN DE COBRO **MONTES DE SIDA CALE LOS PICAPLORES MANZANA 138 SOLAR B**

MUTUALISTA **SAUD PUBLICA** EMERGENCIA MÓVIL **SEN** DIRECCIÓN DE E-MAIL **DAVID.ROTH10567@gmail.com**

PRODUCTOS										
	8hs	16hs	24hs	Importe		Hs	Importe		Hs	Importe
SANATORIO			X	1590	AMPARO PLUS				HOTEL*	
CONVALESCENCIA					EMERGENCIAL				ATSU*	
DOMICILIO ESPECIAL					VIDASSIST (Exp. Plus. Premium)*				CMG*	
GRUPO FAMILIAR*					REEMBOLSO SOLIDARIO OPCIONAL				PROMO 100*	
PREMIUM					REEMBOLSO SOLIDARIO CONJUNTO	8	265		VIDA EXPRESS	
PROMO:									VIAJERO	

El importe mensual de la cuota es de \$ **1855** (pesos uruguayos) **MIL OCHOCIENTA CINCUENTA Y CINCO**

Total \$ anterior: Reducción / Ampliación ☐ TOTAL CONTRATADO \$: **1855**

### 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) ☐ 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 facturara por mes calendario adelantado. Asimismo notificare el cese de la presente autorización a VIDA con 30 días de anticipación.

OBSERVACIONES: **MODIFICAR DIRECCIÓN COBRO**

FIRMA: **[Firma]** FECHA: **[Fecha]** FIRMA PROMOTOR **[Firma]**

ACLARACIÓN: **[Aclaración]** C.I.: **[C.I.]** SUP/EMP: PROMOTORA **[Sup/EMP]**

DOMICILIO: **[Domicilio]** TEL.: **45520237** **4462495-3**

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.

www.vida.com.uy