



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

según las siguientes condiciones

Tel. Coordinación de Servicios:	A	M	R	I	B	RADIO	RUTA	FECHA DE AFILIACIÓN	
2204 3739*		X				221	0	9 5 24	CONTRATO

APELLIDOS / NOMBRES

ULETTE GARAT

CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	CELULAR	TELÉFONO AUXILIAR ALT.
37192672	260645	45522652	095618331	

RECONOCER ANTIGÜEDAD

FECHA VALOR

--	--	--

DIRECCIÓN DE COBRO

VISA.

MUTUALISTA	EMERGENCIA MÓVIL	DIRECCIÓN DE E-MAIL
SEGURO AMERICANO - CANEC	-	

PRODUCTOS

	8hs	16hs	24hs	Importe		Hs	Importe		Hs	Importe
SANATORIO			X	2175	AMPARO PLUS			HOTEL *		
CONVALECENCIA					EMERGENCIAL			ATSU*		
DOMICILIO ESPECIAL					VIDASSIST (Exp. Plus. Premium)*			CMG*		
GRUPO FAMILIAR*					REEMBOLSO SOLIDARIO OPCIONAL			PROMO.100*		
PREMIUM					REEMBOLSO SOLIDARIO CONJUNTO			VIDA EXPRESS		
PROMO:								VIAJERO		

El importe mensual de la cuota es de \$ 2175 (pesos uruguayos) Dos mil ciento setenta y cinco

Total \$ anterior: Reducción / Ampliación

TOTAL CONTRATADO \$: 2175

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.

Yo (nombre respaldante)

Autorización de Débito

ULETTE GARAT	CÉDULA DE IDENTIDAD
37192672	

autorizo el débito automático a través de

VISA.	Número de descuento	FECHA DE VENCIMIENTO
	4929630300108846	329

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: MODIFICA TIPO DE PAGO TARJETA VISA.

FIRMA: [Firma]	FECHA: 9-5-24	FIRMA PROMOTOR: LAURA BIGATTI
ACLARACIÓN: ULETTE GARAT DE GARAT	C.I.: 37192672	SUP/EMP.: PROMOTORA
DOMICILIO: RIVERA 304	TEL: 095618331	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