

Declaro haber sido informado acerca del alcance legal de la documentación que se detalla a continuación, brindando mi conformidad sobre su contenido:

Formulario de Ingreso y Declaración Estado de Salud

Dejo constancia de lo declarado en la DES N° _____

Opción de Cambio

Dejo consentimiento que en el formulario de Opción de Cambio de la SSS N° _____ acepto cambiar de la Obra Social _____ a _____, con vigencia _____

Formulario de Reconocimiento

El que suscribe deja constancia por medio de la presente de que ha sido informado sobre los servicios y prestaciones del Plan de Salud _____ contratado.

Bonificación Aplicada

Dejo constancia que estoy en conocimiento del porcentaje de bonificación a aplicar durante el período mencionado según la nota enviada.

Subsidios Contratados

Recibí las condiciones generales de los subsidios contratados, las cuales también están a mi disposición en www.sancorsalud.com.ar.

Se solicita responder: ***“De acuerdo con la información brindada, acepto lo mencionado en cada uno de los puntos de la Nota de Conformidad recibida”.***

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____