CARE SALUD

Solicitud de cambio de plan

Completá el formulario con letra clara, firmalo y envialo por mail o presentalo según las indicaciones del final.

1. Datos del titular

Apellido y nombre	DNI	CUIL

Fecha de nacimiento	Teléfono	Email

Domicilio	Localidad	Código postal

N.º de afiliado	Plan actual
	☐ Plan Único ☐ Plan Génesis

2. Plan solicitado

Plan al que quiero cambiarme	Forma de pago
☐ Plan Único ☐ Plan Génesis	☐ Con derivación de aportes ☐ Contratación directa

El cambio alcanza a

☐ Solo al titular ☐ A todo el grupo familiar ☐ A los integrantes indicados abajo

3. Integrantes del grupo familiar alcanzados por el cambio

Apellido y nombre	DNI	Parentesco	Fecha de nacimiento

4. Motivo del cambio (opcional)

5. Declaración

Solicito el cambio de plan indicado en este formulario y declaro que los datos consignados son verdaderos. Entiendo que Care Salud me informará la fecha de vigencia del nuevo plan al confirmar el trámite.

Firma

Lugar y fecha	Firma	Aclaración y DNI

Cómo presentarlo

Enviá este formulario completo y firmado a afiliate@caresalud.com.ar, o consultá al 0810-220-0273 (interno 102). También podés comunicarte desde la app CARE, llamando a atención afiliados.

Uso interno de Care Salud

Fecha de recepción	Fecha de vigencia	Responsable