CARE SALUD

Adhesión a débito automático

Para pagar tu cuota de Care Salud de forma automática. Completá los datos del medio de pago que elijas.

1. Datos del titular del plan

Apellido y nombre	DNI	CUIL

N.º de afiliado	Teléfono	Email

2. Medio de pago

Elijo pagar mi cuota con

☐ Débito en cuenta bancaria (CBU) ☐ Tarjeta de crédito

2.a. Si elegiste cuenta bancaria

Banco	Tipo de cuenta ☐ Caja de ahorro ☐ Cuenta corriente

CBU (22 dígitos)	

Titular de la cuenta	CUIL / CUIT del titular

2.b. Si elegiste tarjeta de crédito

Emisora / marca	Banco emisor	

N.º de tarjeta	Vencimiento (mm/aa)	Código postal

Titular de la tarjeta	CUIL / DNI del titular

3. Autorización

Autorizo a Care Salud a debitar el importe de mi cuota mensual del medio de pago indicado, a partir de la fecha en que se confirme esta adhesión. Puedo solicitar la baja de esta adhesión comunicándolo a Care Salud por sus canales de atención.

Si el titular del medio de pago es una persona distinta del titular del plan, también debe firmar este formulario.

Firma del titular del plan

Lugar y fecha	Firma	Aclaración y DNI

Firma del titular del medio de pago (si es otra persona)

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.

Uso interno de Care Salud

Fecha de recepción	Fecha de alta del débito	Responsable