

Sr. Gerente de:



CASA CENTRAL: H. Irigoyen 1772 - 3400 Corrientes

AFILIADO N°: _____

SUCURSAL: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° CUENTA / CBU: _____

N° DE TARJETA: _____

Por la presente detallo a Ud. los datos requeridos de mi grupo familiar primario y el de las personas que deseo incluir en la prestación contratada. Asimismo declaro bajo juramento y con pleno conocimiento de las Condiciones Generales, que todas las personas aquí detalladas gozan de buena salud y no padecen enfermedades graves o terminales a la contratación del presente servicio, estando en un todo de acuerdo con los períodos de carencia de los mismos.

CUADRO DE DATOS DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS Y COBERTURA RESPECTIVA

Table with 7 columns: Parentesco, Apellido y Nombre, Num. Documento, Fecha de Nac., Edad, Cod. Serv., Importe. Includes rows for TITULAR, CÓNYUGE, and HIJO/A.

ABONO MENSUAL

Dirección.....Barrio.....

Teléfono.....e-mail:.....Localidad.....

Lugar de Trabajo:.....Ministerio.....

Solicito mi incorporación al Sistema de Abono Mensual por Prestación de Servicio que me fuera ofrecido por esa empresa, comprometiéndome a realizar el pago del mencionado abono en la modalidad de débito automático de mi caja de ahorro (sueldo y/o particular), tarjeta de crédito y/o modalidad a convenir.

La empresa podrá utilizar los datos aquí declarados a fin de realizar las publicaciones que entienda pertinentes al momento del fallecimiento de cualquiera de ellos.

Asimismo autorizo suficientemente a la entidad bancaria o pagadora de mis haberes y/o empresa administradora de tarjeta de crédito, para que brinde a PREVISORA DEL PARANÁ S.R.L. la información correspondiente a los datos identificatorios necesarios para realizar el débito automático en forma mensual de la suma correspondiente al Abono Mensual consignado en la presente solicitud.

La presente autorización será válida desde:.....

una vez transcurrido el período gratuito de la Promoción y no mediando comunicación contraria de parte del abajo firmante.-

Firma del Titular

Asesor:.....

Aclaración

Fecha:...../...../.....

Fecha:...../...../..... D.N.I.....

Acceptando periodo gratuito y posterior incorporación Inmediata de no notificar, lo contrario en tiempo y forma.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Declaro NO POSSER O NO DESEAR incluir en mi grupo familiar primero dentro de la cobertura ofrecida por la Empresa.-
 En caso de figurar en la misma datos familiares, será válidos los declarados en la Solicitud de Incorporación más reciente y/o se procederá conforme las Condiciones Generales.-

Firma del Titular Aclaración.....

Tipo y N. Documento..... Fecha:...../...../.....

Declaro **CONOCER LOS PERIODOS DE CARENCIA** que corresponden, conforme las Condiciones Generales que figuran en mi poder, de las siguientes personas a cargo en mi cuenta y que no padecen enfermedades graves al momento de la inscripción:

| Parentesco | Apellido y Nombre | Num. Documento | Edad | Vigencia a partir de: |
|------------|-------------------|----------------|------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma del Titular Aclaración..... Fecha:...../...../.....

En mi carácter de **Titular de la cuenta, SOLICITO QUE SE DEN DE BAJA** a las personas que se detalla a continuación:

| Parentesco | Apellido y Nombre | Num. Documento | Edad |
|------------|-------------------|----------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....
Firma del Titular

...../...../.....
Fecha

DEJO CONSTANCIA QUE RECHAZO AL PERIODO GRATUITO, Y AUTORIZO EL DESCUENTO EN MIS HABERES / TARJETA DE CRÉDITO, PARA EL PRÓXIMO MES.

Promoción:.....Fecha:...../...../.....Firma del Titular:.....Aclaración:.....

BENEFICIARIO de las compensaciones. Declarado por el TITULAR

Apellido y Nombre (beneficiario).....Documento:.....

Teléfono:.....Localidad:.....

Lugar de trabajo:.....Teléfono:.....Localidad:.....

Firma del Titular Aclaración.....

Tipo y N. de Documento:..... Fecha:...../...../.....

Por la presente, como **APODERADO Y/O TESTIGO DEL TITULAR** de esta afiliación, presto mi total consentimiento a la suscripción del presente contrato en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales de la empresa, que declaro conocer en su totalidad.

Firma del Titular Aclaración.....

Tipo y N. de Documento:..... Fecha:...../...../.....

CAMBIO DE BENEFICIARIO de las compensaciones. Declarado por el TITULAR

Apellido y Nombre beneficiarioDocumento:.....

Dirección:.....

Teléfono:.....Localidad:.....

Lugar de trabajo:.....Teléfono:.....Localidad:.....

Firma del Titular Aclaración.....

Tipo y N. de Documento:..... Fecha:...../...../.....