



# SWISS MEDICAL

G R O U P

## Solicitud de Pase de Plan

ABONO N°  CANT. INTEGRANTES  FECHA

Apellido y Nombre del Titular:		URP:
Plan Actual:	Solicita Pase a Plan:	Vigencia:

### Condiciones Generales:

- 1.- Declaro conocer y aceptar el Reglamento General de Contratación de Swiss Medical S.A. que se me entrega en este acto; como así también que el mismo no prevé la posibilidad de cambiar el plan originalmente solicitado. En consecuencia, reconozco que Swiss Medical S.A. se encuentra facultada para rechazar la presente solicitud, en cuyo caso me notificará dicho evento dentro del plazo de 30 días de la fecha de suscripción de la misma.
- 2.- Declaro que la presente solicitud no obedece a la necesidad de hacer uso en forma inmediato de ninguna de las prestaciones y prestadores diferenciales que posee el plan que por la presente solicito. Por ello reconozco que la falsedad de la presente declaración, facultará a Swiss Medical S.A. a resolver el contrato de prestaciones médico asistenciales por mi suscripto.
- 3.- Declaro que ni el suscripto, ni los integrantes de mi grupo familiar, nos encontramos bajo tratamiento Psiquiátrico, Psicoanalítico, Fonoaudiológico, Kinésico y/ o Médico.
- 4.- Expresamente acepto que en caso de que la presente solicitud de pase de plan genere el beneficio de internación en habitación individual, el mismo entrará en vigencia a partir de los 90 días de su aceptación por parte de Swiss Medical S.A., lo que sucederá cuando: a) Swiss Medical S.A. así me lo comunique expresamente o; b) cuando reciba las credenciales correspondientes al plan que solicito mediante la presente.
- 5.- Expresamente acepto que en caso de que el plan solicitado mediante la presente posea beneficios superiores al vigente respecto de las prestaciones por maternidad, dichos beneficios entrarán en vigencia a partir de los 330 días de su aceptación por parte de Swiss Medical S.A., en los términos establecidos en el punto precedente.
- 6.- Dejo constancia de que me han informado que a la fecha de suscripción del presente, el valor de la cuota del nuevo plan solicitado asciende a la suma de \$

Nombre y Apellido del Solicitante

Firma

Domicilio

Teléfono

Intervino:

Observaciones:

Resolución Auditoría Médica

Fecha:

Firma y Sello