

Formulario de Alta al Grupo Familiar

N° Afiliado



Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL TITULAR

(00) DNI/Tipo Número Apellido y Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle / Número / Piso / Departamento

Código Postal

--	--	--	--	--

Localidad

Domicilio (Calle / Número / Piso / Departamento)

Código Postal

--	--	--	--	--

Localidad

E-mail

Teléfono Particular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono Laboral

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono Celular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Alta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plan

Nueva Cuota

DATOS GRUPO FAMILIAR

(01) DNI/Tipo Número Apellido y Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nacionalidad

Sexo

F	M
---	---

Estado Civil

Parentesco

(02) DNI/Tipo

Número

Apellido y Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nacionalidad

Sexo

F	M
---	---

Estado Civil

Parentesco

El suscripto declara que conoce y acepta las condiciones de prestación de servicios médicos de AMR - SALUD y solicita su ingreso como Abonado Titular y de los familiares a su cargo, que no poseen rentas propias. El suscripto deja expresa constancia de su consentimiento sobre el cobro de garantía arancelaria de las prestaciones, hasta que se cumplan los períodos de carencias establecidos. Toda derivación o atención fuera del Departamento Rosario (Abonados en Tránsito) deberá ser realizada exclusivamente con la autorización de AMR - SALUD. Deja expresa constancia de su consentimiento sobre el cobro de coseguro por las prestaciones del plan elegido.

OBSERVACIONES

AFILIADO

RESPONSABLE AMR SALUD

MEDICO AUDITOR

FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN
---------------------	---------------------	---------------------