

FORMULARIO DE INCORPORACION DE RECIEN NACIDO

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del Asociado Titular

N° Asociado Swiss Medical Medicina Privada

Por la presente solicito la incorporación del/de los recién nacido/s que se detallan a continuación como integrantes de mi grupo familiar. Asimismo, declaro conocer y aceptar las condiciones de ingreso al plan en el que me encuentro suscripto y que conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Asociación, el/los incorporados será eximido de todo tipo de carencias y/o limitaciones de cobertura por enfermedades congénitas o hereditarias que pudieran presentarse en tanto perdure ininterrumpida su asociación a Swiss Medical Medicina Privada.

Por otra parte, acepto que en virtud de lo establecido en el citado Reglamento General de Asociación, el primer mes de vida del/de los recién nacido/s será bonificada por Swiss Medical Medicina Privada (1).

DATOS DEL/DE LOS INCORPORADOS

Nombre y Apellido	Fecha Nacim.	Tipo y N° Doc. (2)

Fecha de ingreso: / / Antigüedad: / /

La presente solicitud deberá ser entregada a la mayor brevedad en cualesquiera de las sucursales de Swiss Medical Medicina Privada, en donde le será/n entregada/s la/s credencial/es provisoria/s que habilita/n la continuidad de atención para el/los recién nacido/s.

Nombre y Apellido del Solicitante

Tipo y N° Doc. Ident.

Parentesco con el/los recién nacidos

Firma del solicitante

(1) Los niños nacidos entre el 1 y el 10 de cada mes deberán abonar el mes de nacimiento; los nacidos entre el 11 y el último día de cada mes tendrán bonificado el mes de nacimiento.

(2) si el/los recién nacido/s no se encuentran inscriptos en el Registro Nacional de las Personas, el solicitante deberá informar el/los números de documento una vez realizada dicha inscripción.

Reservado Swiss Medical Medicina Privada					
Codificación de Integrantes	De	A	Control	Controló	Ingresó