

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BAJA

Oficina:
Número Nombre

Fecha de confección:

Importante: la baja solicitada se hará efectiva el primer día del mes siguiente.

Tipo de trámite solicitado: Baja Grupo Familiar Baja Parcial

BAJA GRUPO COMPLETO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° del Grupo	Titular del Grupo	Firma Integrante (*)

BAJAS PARCIALES

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de asociado	Apellido y Nombres del Asociado Integrante	Firma Integrante (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de asociado	Apellido y Nombres del Asociado Integrante	Firma Integrante (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de asociado	Apellido y Nombres del Asociado Integrante	Firma Integrante (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de asociado	Apellido y Nombres del Asociado Integrante	Firma Integrante (*)

Importante: completar los datos solicitados con letra imprenta.
Sólo en caso de bajas parciales debe firmar el integrante en el espacio contiguo.

(*) Sólo si es mayor de edad.
Si es menor debe firmar el titular del grupo.

MOTIVOS DE BAJA

CAUSAS VARIAS

- Incapacidad de pago cuota (101)
- Aumento cuota general / por edades (105)
- Facturación - política morosidad (106)
- Cambio de residencia (306)
- Cambio de empleador (302)

DISCONFORMIDAD

- Cobertura de planes (201)
- Acceso a los servicios (202)
- Atención oficinas/agencias (203)
- Cobro de adicionales (204)
- Cartilla médica (207)
- Atención en prestadores (208)
- Asesoramiento comercial (209)

FUERZA MAYOR

- Jubilación (301)
- Fallecimiento (305)
- Desvinculación laboral (303)

AMPLIACIÓN DEL MOTIVO DE BAJA:

— Razón social del empleador al cual cambia

— Prepaga/obra social a la cual cambia

Según su propia experiencia ¿Cuál es el nivel de satisfacción que alcanzó con Federada Salud?

- Muy bueno (1) Bueno (2) Regular (3) Malo (4) Ns/Nc (5)

Si tuviera la oportunidad ¿volvería a asociarse a Federada Salud?

- Si No ¿por qué? _____

¿Recomendaría Federada Salud a otras personas?

- Si No ¿por qué? _____

IMPORTANTE

Esta solicitud no incluye el pedido de renuncia a cualquier tipo de seguro contratado con Federada Cia.de Seguros S.A. que pudieran poseer cualquiera de los integrantes.