

Nro Afiliado: Fecha Alta: Nro Trámite:

Asesor comercial: Fecha:

Plan: Tipo Afiliado: Cuota: \$.....

Datos del titular

Apellido y Nombre:

Tipo y Nro de documento: Cuil:

Fecha de nacimiento: Edad:

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Código postal: Localidad: Teléfono 1:

Email: Teléfono 2:

Información laboral

Nombre de la empresa: CUIT:.....

Teléfono 1: Dirección:

Datos del grupo familiar

Apellido y Nombre	Cuil	Parentesco	Fecha de nacimiento

"El suscripto declara que el hecho de completar la presente solicitud no implica el hecho de asociarse. Dicha condición está sujeta a consideración de Integral Salud" (conf. art. 4 ley 24.240)

La falta de pago de 3 cuotas consecutivas o el falseamiento y/o ocultamiento de información en la DDJI, facultará a Integral Salud a proceder según lo dispuesto en art. 9 de la ley 26.682

Los datos de la cartilla correspondiente a su Plan de Salud, se publican en nuestra WEB www.integralsalud.com.ar o APP Móvil, donde encontrará toda la información necesaria para su atención.

Firma: