

San Juan, de de 20

Plan Discapacidad Plan Adicciones Plan Trastornos Alimenticios

Datos del/de la afiliado/a titular

Apellido y nombre completo:

DNI: Fecha de nac.: edad:

Domicilio: calle..... nº..... orientación:..... piso:..... manzana:.....

localidad:..... *departamento:*.....

celular: correo:

otra obra social;

Datos del/de la beneficiario/a

Apellido y Nombre completo:

DNI: fecha de nac: edad:

parentesco.

otra obra social:

Solicito **continuidad** de cobertura en:.....

se adjunta:

firma y aclaración del/de la afiliado/a