

Fecha

Señores
Accord Salud

De mi mayor consideración:

El / la que suscribe DNI/LC/LE:
en mi carácter de afiliado titular de la Obra Social Unión Personal bajo el N°
perteneciente al Plan Accord , solicito la baja de afiliación a
partir del mes de: según el siguiente detalle:

☐ BAJA DE TITULAR Y GRUPO FAMILIAR

☐ BAJA DE GRUPO FAMILIAR:

Cónyuge:	<input type="text"/>
Familiar 1:	<input type="text"/>
Familiar 2:	<input type="text"/>
Familiar 3:	<input type="text"/>
Familiar 4:	<input type="text"/>
Familiar 5:	<input type="text"/>

Mi solicitud de baja se debe a el/los siguiente/s motivo/s:

- ☐ Cambio de condición de afiliado
- ☐ Opción de cambio a otra obra social
- ☐ Inconvenientes prestacionales
- ☐ Inconvenientes administrativos
- ☐ Inconvenientes económicos
- ☐ Otros:

Saludo a ustedes atentamente.

Firma del titular

Aclaración de firma