



**SOLICITUD DE BAJA**  
**DE ADHERENTES VOLUNTARIOSAL SISTEMA**  
**DE COBERTURA MEDICA**

Adherente Titular: N° \_\_\_\_\_ Apellido y nombres \_\_\_\_\_

Adherentes a los cuales solicita dar de baja:

Número de adherente	Apellido y nombres

*Manifiesto conocer y aceptar los plazos y condiciones estipuladas en el Reglamento vigente para renunciar a la cobertura médica.*

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma

**IMPORTANTE:** Es indispensable para dar curso a esta solicitud adjuntar los respectivos carnets