



Health Medical S.A.

SOLICITUD DE INGRESO

Maipú 464 Piso 6º Oficina 611 (1006) BUENOS AIRES

Tel./Fax: 011-4326-4163

e-mail: info@healthmedical.com.ar

Página web: www.healthmedical.com.ar

JL

Plan

LUGAR

ALTA

☐

MODIF.

☐

PASE

☐

DATOS DEL ASOCIADO TITULAR (ESCRIBA CON LETRA IMPRENTA SIN TACHADURAS NI RASPADURAS)

TIPO DE DOCUMENTO	1 - LE 2 - LC 3 - CI 4 - DNI	NUMERO DE DOCUMENTO	OFICINA
CP	CI	APELLIDO Y NOMBRES	
40	01		
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO (F/M)	DOMICILIO - CALLE
NUMERO	PISO	DPTO.	EDIFICIO
TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	PROVINCIA	COD. POSTAL
ESTADO CIVIL	S - SOLTERO/A C - CASADO/A	D - DIVORCIADO/A V - VIUDO/A	X - SEPARADO/A Z - CONCUBINATO
			CONVENIO CODIGO
NOMBRE SISTEMA DE SALUD ANTERIOR		NUMERO DE ASOCIADO SISTEMA DE SALUD ANTERIOR	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

COD. PARENT.	COD. INTEG.	APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (F/M)	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
						1-LE 2-LC 3-CI 4-DNI 5-PASAPORTE
	02					
	03					
	04					
	05					
	06					
	07					
	08					
OBSERVACIONES					ORIGEN	

IMPORTANTE

Para el reconocimiento de antigüedad, el asociado titular está obligado a presentar la documentación correspondiente, a los efectos de su evaluación por HEALTH MEDICAL S.A. Todos los datos consignados en la presente Solicitud de Ingreso tiene carácter de Declaración Jurada, siendo el Titular el responsable de la veracidad de los mismos. El suscripto declara conocer y aceptar las condiciones generales de asociación y de los servicios de atención y cobertura del plan elegido.

FIRMA Y ACLARACION

FIRMA DEL ASOCIADO TITULAR

CODIGO PROMOTOR.....

CARENCIAS Y PREEXISTENCIAS	TITULAR (1) O VINCULO FAMILIAR (2 a 9) indique SI/NO (NO USE COMILLAS)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CARENCIAS									
PREEXISTENCIAS									

(A Completar por HEALTH MEDICAL SA)

DATOS DEL PAGO

FECHA DE ANTIGÜEDAD	FECHA DE INGRESO	FIRMA AUDITOR.....	IMPORTE
			\$

TRIPPLICADO - OFICINA

DUPLICADO - ADMINISTRACION

ORIGINAL - TITULAR

A COMPLETAR POR EL ASESOR

PLAN JL 2007

DECLARACION JURADA DEL SUSCRIPTOR Y DE SU GRUPO FAMILIAR

Por la presente Declaración Jurada, manifiesto haber recibido la información pertinente sobre el alcance de la cobertura que se aplica a las enfermedades o tratamientos pre-existentes.
En caso de encontrarse alguno de los integrantes de mi Grupo Familiar bajo Asistencia Médica o poseer antecedentes médicos, reconozco mi obligación de declararlo mediante la presente.

A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

COD. PARENT.	COD. INTEG.	DESCRIPCION Incapacidades - Enfermedades - Operaciones - Lesiones
	01	
	02	
	03	
	04	
	05	
	06	
	07	
	08	

Determinar en cada caso, fecha, tratamiento y eventuales consecuencias.

Declaro que a la fecha yo y mi grupo familiar gozamos de buena salud y que la totalidad de la información detallada en esta solicitud de ingreso es exacta.

La Dirección Médica de HEALTH MEDICAL S.A. determinará el alcance de la cobertura sobre lo declarado conforme la reglamentación general del plan.

Esta solicitud se considerará aceptada solo mediante declaración expresa de HEALTH MEDICAL S.A. y en caso contrario, de transcurrir 30 días hábiles de su presentación, implicará su rechazo.

Dejo constancia de haber recibido el reglamento de HEALTH MEDICAL S.A. donde se detallan las condiciones generales que regulan el convenio suscripto por medio de la presente solicitud de ingreso.

En caso de demostrar error u omisión en la presente Declaración Jurada, HEALTH MEDICAL S.A. dará por anulada automáticamente la incorporación de todos los integrantes del Grupo Familiar.

IMPORTANTE: Para el llenado de la presente no se debe usar papel carbónico, debe ser hecho de puño y letra del asociado.

.....
Firma y Aclaración del Titular o Cónyuge