

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

ALTA
MOD.

TIPO DE AFILIADO

CORPORATIVO Voluntario Obligatorio
INDIVIDUAL Voluntario Obligatorio

OPERATORIA

Nº GRUPO AFINIDAD

PLAN

VALOR CUOTA

% DE DESCUENTO

FECHA SOLICITUD

PLAZO (EN MESES)

FECHA INICIO SERV.

1. DATOS DEL TITULAR Y GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

	TITULAR	CÓNYUGE	F.01	F.02	F.03
Cód. Parentesco (*)					
CUIL	-	-	-	-	-
Tipo / Nº Documento					
Apellido					
Nombre					
Sexo biológico	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Género autopercibido	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Otro:
Fecha Nacimiento					
Nacionalidad	Argentina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Argentina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Argentina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Argentina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Argentina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
Estado civil					
Teléfono (Cód. Área+Nº)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Celular (Cód. Área+Nº)	(0) 15	(0) 15	(0) 15	(0) 15	(0) 15
Correo electrónico					

Reservado para uso de Prevención Salud.

(*)Cód. Parentesco: 0: Titular 1: Cónyuge 2: Concubino 3: Hijo soltero hasta 21 años 4: Hijo soltero de 21 a 25 cursando estudios regulares 5: Hijo discapacitado 6: Menor bajo guarda o tutela 7: Familiar a cargo

2. DATOS DOMICILIO RESIDENCIA

Calle / Nº/ Piso / Dpto.	
C.P. / Localidad / Pcia.	
Barrio	
Observ. (Domicilio)	

3. DOMICILIO DE ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN (Credenciales, facturas, etc.).

Calle	Nº	Piso	Dpto.	Cód. Postal	Localidad	Provincia	Barrio	Solicito mi adhesión a Factura Electrónica, sin envío de facturas impresas a domicilio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-------	----	------	-------	-------------	-----------	-----------	--------	--

4. DATOS DE LA RELACIÓN LABORAL (Solo para Tipo de Afiliado Obligatorio).

	TITULAR	CÓNYUGE
CUIT	-	-
Razón Social Empleador		
Categoría Monotributo		
Teléfono (Cód. Área+Nº)	(0)	(0)
Cód. Obra Social Anterior		
Prepaga Anterior		
Cód. Obra Social Elegida		
Unifica Aportes	(Marque el que corresponde)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sueldo Sujeto a Aportes		
Aporte Estimado		
Diferencia Estimada		

5. MEDIOS DE PAGO (Solo para Tipo de Afiliado Individual).

Medios de Pago	Débito en Cuenta <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	Pagador	Titular del Plan <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Condición IVA
Tener en cuenta que estas modalidades de pago tendrán vigencia para las cuotas cuyo vencimiento opere el mes siguiente de la fecha de adhesión.				
CUIT / CUIL		Nombre del titular de Tarjeta o Cta. Bancaria (**)	E-mail	
		(**) Como figura en el extracto	Teléfono (Cód. Área+Nº)	
			(0)	

DÉBITO EN CUENTA

Banco	CBU (Complete los 22 dígitos)

Por la presente, autorizo al Banco anteriormente detallado, a debitar de mi cuenta bancaria el importe comunicado mensualmente por Prevención Salud por la prestación de servicio de Medicina Privada. La presente tendrá vigencia hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. Atentamente.

TARJETA DE CRÉDITO

Banco	Nº Entidad (según detalle)	Nº de Tarjeta	Fecha de Vencimiento

Por la presente, solicito a Prevención Salud debitar el importe de la cuota mensual correspondiente a la prestación de servicio de Medicina Privada brindada en la tarjeta de crédito indicada anteriormente.

Tarjetas de crédito: 1- VISA 2- Mastercard 3- American Express 4- Naranja 5- Nativa 6- Sancor Seguros Mastercard 7- Cabal

6. ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

Lugar	Fecha	Nº Promotor	Canal	Nº Organizador	Nº Productor	Nº Participante	Nº Vendedor

/ /

Fecha

Firma del Titular

Aclaración

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El presente cuestionario debe responderlo el titular en función de todo su grupo familiar a asociar y el mismo tiene carácter de Declaración Jurada. La firma al pie de la presente autoriza eventualmente a solicitar un examen médico, resumen de Historia Clínica, informes y/o prácticas efectuadas. Lea atentamente las siguientes preguntas y **marque con una "x" en el casillero correspondiente sólo aquellas que tengan respuesta afirmativa**, las cuales además, deberán ser ampliadas en el cuadro de "Observaciones" que se encuentra al pie del formulario.

Nº	PREGUNTAS	GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (GFP)				
		TITULAR	CÓNYUGE	F.01	F.02	F.03
1	Indicar la altura de cada integrante del grupo familiar (en centímetros).					
2	Indicar el peso de cada integrante del grupo familiar (en kilogramos).					
3	¿Fuma? (En observaciones indicar cantidad de cigarrillos diarios).					
4	¿Presenta miopía, hipermetropía u otro vicio de refracción, alteraciones de la retina, córnea, queratocono, estrabismo, cataratas, glaucoma? (En observaciones indicar graduación).					
5	¿Está cursando embarazo? (En observaciones indicar semana de gestación).					
6	¿Toma en forma ininterrumpida algún medicamento desde hace más de un mes? (En observaciones indicar cuáles, dosis y desde cuándo). ¿Se aplica insulina?					
7	¿Sufre o sufrió alguna patología mamaria? Ej.: nódulos, quistes, displasias.					
8	¿Se realizó alguno de los siguientes estudios en el último año? Ej.: Ecografías, Tomografías, Resonancias, etc. (En caso afirmativo detallar motivo del estudio y adjuntar copia del informe del mismo).					
9	¿Tiene pensado y/o indicado realizarse alguna cirugía durante el próximo año? (En observaciones indicar tipo, especificar si es estética).					
10	¿Estuvo internado en el último año o tiene indicación de internación en los próximos meses? (En observaciones indicar motivo).					
11	¿Presenta alteraciones endócrino-metabólicas? Ej.: Diabetes, bulimia, anorexia, obesidad, gota, problemas de hipófisis, de tiroides, aumento de colesterol y/o triglicéridos, trastorno del crecimiento.					
12	¿Sufrió o sufre alteraciones pleuropulmonares, asma, enfisema, bronquitis crónica, broncoespasmos, infecciones?					
13	¿Sufre o sufrió alteraciones digestivas? Ej.: Úlceras, sangrado, hernias, cálculos en la vesícula, hepatitis B o C, problemas de páncreas, divertículos.					
14	¿Sufre o sufrió afecciones cardiovasculares? Ej.: dolor de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, hinchazón de piernas, dificultad respiratoria, colocación de marcapaso.					
15	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (Indicar en observaciones tipo y fecha de la cirugía).					
16	¿Tiene usted o algún familiar enfermedades congénitas, hereditarias, inmunológicas y/o degenerativas, psoriasis, enfermedades de la sangre, linfoma, leucemia, HIV u otras infectocontagiosas?					
17	¿Ha sido trasplantado o se encuentra con indicación formal de trasplante?					
18	¿Padece o padeció alguna enfermedad reumatológica? Ej.: lupus, esclerodermia, artritis, otras.					
19	¿Sufre o sufrió afecciones ginecológicas y/u obstétricas? Ej. abortos, miomas, quistes ováricos, PAP anormal. ¿Presenta alteraciones renales, de vejiga o próstata? ¿Presenta trastornos de su sistema reproductivo y/o posibilidad de realizar tratamiento de fertilidad? ¿Se ha realizado algún tipo de tratamiento de fertilidad? (En caso afirmativo indique cantidad y nivel de complejidad).					
20	¿Sufre o sufrió afecciones musculares y/o de los huesos? Ej.: Artrosis, artritis, secuelas quirúrgicas, prótesis, implantes, hernias de disco, escoliosis.					
21	¿Presenta o presentó cuadros de tipo psicológicos, psiquiátricos o internación psiquiátrica? Ej.: fobias, angustia, depresión, delirios, psicosis, esquizofrenia, intentos de suicidio.					
22	¿Padece adicciones? Ej.: alcoholismo, drogadicción, otras.					
23	¿Presenta o presentó cuadros de tipo neurológicos? Ej.: ACV, convulsiones o epilepsia, parálisis, trastornos del habla, parestias.					
24	¿Padece o padeció alguna tumoración o enfermedad oncológica?					
25	¿Presenta algún grado de incapacidad/discapacidad?					
26	¿Presenta o presentó alguna disminución de la audición y/o del habla, trastornos del lenguaje, aprendizaje o de la conducta, déficit de atención, hiperactividad, dislexia?					
27	¿Presenta lesiones en la piel que necesiten tratamientos, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, psoriasis, etc.?					
28	¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación? (En observaciones indique fecha de su última menstruación).					

Nº PREG	CÓD. GFP	OBSERVACIÓN

Declaro bajo juramento que los datos consignados son exactos y han sido completados por mí, reiterando que no tengo conocimiento sobre alguna enfermedad mía o de mi grupo familiar asociado que requiera intervención médica y/o quirúrgica que no haya sido declarada en el formulario. Acepto que la omisión o falsedad de la Declaración Jurada del estado de salud, antecedentes médicos, aún hechas de buena fe dará lugar a la suspensión o cancelación de la cobertura de los servicios, de acuerdo a la Ley 26.682.

Firma del Titular

Aclaración

La información incluida en el presente documento fue otorgada voluntariamente por el titular de la misma. Los datos registrados son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Prevención Salud. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deben ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley Nacional 25326 y Decreto Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: <http://www.jus.gob.ar/datos-personales/registro.aspx>