

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE INGRESO
Y DECLARACION JURADA DE SALUD

Nº Carnet:
Motivo:



Lugar:	Fecha:
Promotor:	

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Apellido:	Nombre:		
Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:	Estado Civil:
Sexo: Masculino Femenino	Mail:	Teléfono:	

Domicilio Calle:	Número:	Piso:	Dto.:	CP:
Barrio:	Localidad:	Provincia:		

DATOS LABORALES

Empresa:	C.U.I.T.:	Teléfono:
Domicilio:	Mail:	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR Y/O PERSONAS A CARGO

Completar por orden de edad de mayor a menor, indicando el apellido de soltera en caso de las mujeres.

Nº de integrantes	Apellido y Nombre/s	Fecha de Nacimiento	D.N.I.	Historia Clínica Nº	Parentesco
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					

TRASPASO DE OBRA SOCIAL

C.U.I.L.:	Nº SSS:	Grupo Familiar:	
Plan:	Costo del plan:	Aporte: ●	Diferencia
Canal de pago:	Sueldo:		
Lugar y Fecha de Cobranza:			

Solicito ser aceptado como asociado a ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL, ASESORES Y DIRECTIVOS DE GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L., y como beneficiario al plan de salud elegido, junto a las personas indicadas expresamente en esta solicitud, declaro que la totalidad de la información detallada en la presente es exacta. Asimismo manifiesto haber recibido el reglamento y la cartilla de prestadores que representa el estricto convenio entre ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL, ASESORES Y DIRECTIVOS DE GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L., y el asociado y estar de acuerdo a los términos del mismo, no pudiendo alegar en el futuro su desconocimiento.

La aprobación de traspaso está sujeta a la superintendencia de servicios de Salud de la Nación. La falta de pago de la diferencia mensual ocasionará la baja a un plan de cobertura básica (PMO), en prestadores asignados por ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL, ASESORES Y DIRECTIVOS DE GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L.

La falta de alguna documentación del grupo familiar ocasionará la no cobertura de esa persona.

Los titulares de Monotributo con grupo Familiares a cargo deben traer en el momento del alta para su cobertura y entrega de credenciales el trámite de ingreso y el pago de su grupo familiar ante AFIP.

● Se utiliza para cálculo durante los primeros 3 meses de afiliación.

Firma y Aclaración del Asesor

Firma y Aclaración del Solicitante