SOLICITUD DE INGRESO

N° 00000000

QUALITAS | SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA | Docthos

Fecha Ingreso:	Fecha Solicitud:

Vía Obra Social Sí ☐ No ☐	Alta ☐ Inclusión ☐	Prepaga	N° Declaración Jurada	N° Asociado
Obra social a la que ingresa:			Cuenta:	Subcuenta:
Tipo de Asociado:		Plan Emp./Tarifa: –		Plan Sup./Tarifa: –

EMPRESA CONTRATANTE DEL BENEFICIO

Razón social:	CUIT:

DATOS PROMOCION

Código:	Nombre y Apellido Promotor:	Canal de Venta:
Recibo N°:	Fecha:	Importe:

DOMICILIO PRINCIPAL

Tipo:	Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:	Ofic.:	C.P.:

Teléfono:	País:	Provincia:	Barrio:	Localidad:
Sucursal:		Observación:		

FORMA DE PAGO

☐ Efectivo ☐ CBU ☐ Tarjeta	Número:	Vence:	Banco Emisor:
	Tarjeta:	Titular o Responsable Pagador:	

DATOS ASOCIADO TITULAR

Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Tipo y N° de Doc.:

Fecha de Nacim.:	Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Mail:
Cuil:	Profesión:	Cargo:	N° Ex Socio	
Condic. IVA:	Tipo IIBB:	IIBB:	Carencias:	Red Swiss:

DESREGULACION

Vigencia desde:	Tipo:	Sistema Derivación:	Fecha Inicio:
N° Legajo:	Sueldo Bruto:	Obra Social Origen:	N° Formulario:	Afiliado en O.S.:

OTRAS EMPRESAS EN LAS QUE TRABAJA

Empresa:	CUIT:	N° Legajo:	Sueldo Bruto:	Ingreso:	Baja:

DATOS GRUPO FAMILIAR

2° Parentesco: | Apellidos: | Nombres:

Sexo:	Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.:	Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil:

Tipo de Aportante:	Cuil:	Profesión:	Razón Social de la Empresa:

CUIT Empresa:	Sueldo Bruto:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempos de espera:

3° Parentesco: | Apellidos: | Nombres:

Sexo:	Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.:	Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil:

Tipo de Aportante:	Cuil:	Profesión:	Razón Social de la Empresa:

CUIT Empresa:	Sueldo Bruto:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempos de espera:

4° Parentesco: | Apellidos: | Nombres:

Sexo:	Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.:	Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil:

Tipo de Aportante:	Cuil:	Profesión:	Razón Social de la Empresa:

CUIT Empresa:	Sueldo Bruto:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempos de espera:

TIEMPOS DE ESPERA CONFORME PUNTO 12.1 DEL REGLAMENTO

Antiguedad desde	Comienza atención	30 días	90 días	180 días	330 días	360 días	540 días

Seguro Médico Anterior	Desde	Hasta	Observaciones:

Descuento:	Hasta:	Plan Odontológico:	Tarifa:	Cabertura Internacional: Sí ☐ No ☐	Cabertura Garantizada: Sí ☐ No ☐

DOMICILIO DE ENVIO DE KIT

Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:	Ofic.:	C.P.:

País:	Provincia:	Barrio:	Localidad:

La constancia del servicio de correo utilizado en el domicilio será suficiente prueba de recepción de la cartilla de prestadores, credenciales, y demás documentación que integra el kit.
La cartilla de prestadores de su plan actualizada se encuentra a su disposición y puede ser visitada en la página web de Swiss Medical, en la siguiente dirección de internet: www.swissmedical.com.ar

Otras observaciones:

Declaro conocer/aceptar y comprender las condiciones de afiliación enunciadas en el reglamento general y anexo correspondiente al plan recibido en este acto.
Por la presente se le informa que Swiss Medical S.A. evaluará los datos requeridos en la solicitud de ingreso y en la declaración jurada de enfermedades con la finalidad de expresar su decisión con relación a la oferta cursada para la contratación de sus servicios. Si bien las respuestas al cuestionario son voluntarias, su omisión puede impedir, sin más, la aceptación de la solicitud por Swiss Medical S.A. Los datos serán almacenados en la base de datos de Swiss Medical S.A. y resguardados según sus políticas de seguridad. La suscripción de la presente importará a autorizar a Swiss Medical S.A. y a sus sociedades controlantes, controladas y vinculadas a utilizar los datos no sensibles en campañas de promoción de sus productos o servicios. Por último, se deja constancia que el solicitante tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326). ☐ No Autorizo.

Firma Asociado Titular _____ Aclaración _____

Declaro que la siguiente solicitud ha sido enteramente leída y firmada por el solicitante en mi presencia. Firma y aclaración del Promotor _____

S0317