MEDICUS
SOLICITUD DE INGRESO

PRESENTACIÓN	FECHA VIGENCIA
Nº PROSPECTO	**Nº SOLICITUD**

PROMOTOR
CÓDIGO DEL TITULAR

TIPO SOCIO	APORTES
NRO. DE RECIBO	**CODIFICACIÓN**

EMPRESA		SUCURSAL	

PLAN	COD. DESC.	OPC.

BENEFICIO

COB. ANTERIOR

AGENCIA

	PARENTESCO	APELLIDOS	NOMBRES	NAC.	FECHA NACIMIENTO	SEXO	CUIL / DNI	OS	OPC.
1									
2									
3									
4									
5									

	CALLE	Nº	PISO	DTO.	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO DOM.
A								
B								

EMAIL *	
EMAIL	
CELULAR	
CELULAR	
OTROS	

* Conforme Ley 24.240 autorizo expresamente a MEDICUS S.A. al envió de las facturas de servicios como así también de las notificaciones e información referente a la asociación en forma electrónica a través del correo electrónico informado en el presente, siendo el mismo válido y suficiente para tales efectos.

MÉTODO DE PAGO	BANCO	TIPO DE CUENTA	CUENTA	CLASE CONTRIBUYENTE

Declaración jurada de lesiones, incapacidades, enfermedades, operaciones y/o antecedentes del suscriptor y su grupo familiar

Tanto el titular como los integrantes mayores de edad deberán, de manera obligatoria, completar la totalidad de la información requerida indicándolo en el casillero que corresponda.
Su carácter de orientativo y no limitativo no exime al declarante, de informar otros antecedentes no incluidos en el mismo. Consignar "SI" o "NO" según corresponda.

Nº	CUESTIONARIO	1	2	3	4	5
1	AFECCIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS. DISCAPACIDADES					
2	AFECCIONES DE NARIZ, OÍDO Y/O GARGANTA					
3	AFECCIONES PULMONARES Y DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS					
4	AFECCIONES RENALES, VEJIGA, PROSTÁTICAS, GENITALES, OTRAS.					
5	AFECCIONES GINECOLÓGICAS, OVÁRICAS, MAMARIAS.					
6	AFECCIONES OBSTÉTRICAS. EMBARAZO EN CURSO.					
7	AFECCIONES DIGESTIVAS, ÚLCERA, GASTRITIS, HERNIAS, HEPATITIS.					
8	ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS Y/O DEGENERATIVAS, HIV(+).					
9	AFECCIONES DE LA PIEL					
10	AFECCIONES VISUALES, DESPRENDIMIENTO DE RETINA, GLAUCOMA, OTRAS.					
11	AFECCIONES HEMATOLÓGICAS, ANEMIA, LEUCEMIA, LINFOMAS, GANGLIOS, OTRAS.					
12	DIABETES, GOTA, OBESIDAD, ALTERACIONES TIRÓIDEAS U OTRAS ENDOCRINOPATÍAS					
13	AFECCIONES CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ANGINA, INFARTOS, ARRITMIAS, SOPLOS, OTRAS.					
14	AFECCIONES MUSCULARES Y DE LOS HUESOS, COLUMNA, CADERAS, RODILLAS, ARTRITIS, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS					
15	AFECCIONES NEUROLÓGICAS: PARÁLISIS, ACV, CONVULSIONES, OTRAS.					
16	AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS, TOXICOMANÍAS.					
17	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O ACCIDENTES					
18	¿ESTÁ BAJO CONTROL O TRATAMIENTO MÉDICO ACTUALMENTE O LO HA ESTADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?					
19	¿ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS?					
20	OTROS ANTECEDENTES					
	PESO (kg)					
	TALLA (cm)					

Observaciones/ Comentarios del solicitante

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ante una respuesta afirmativa a algunas de las preguntas que anteceden, efectuar el detalle (enfermedad, fecha, tratamiento y secuela) en el espacio "Observaciones/ Comentarios del solicitante"
En caso de no padecer ninguna de las patologías enunciadas anteriormente, o cualquier otra, consignar esa circunstancia en "Observaciones/ Comentarios del solicitante" y cruzar el cuestionario en forma completa.
La recepción de esta Declaración Jurada no significa aceptación por parte de MEDICUS S.A. de ninguna de las lesiones, incapacidades, enfermedades y/o antecedentes que se declaren, las que se encuentran sometidas a lo previsto en el Reglamento General y normas concordantes.
Los Suscriptores declaran bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toman conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de MEDICUS a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción; asimismo con sus firmas, los Suscriptores hacen saber su expresa conformidad respecto a la cláusula que antecede y que han recibido, leído, comprendido y aceptado el Reglamento de MEDICUS, la cartilla y el cuadro de costos correspondientes.
No importará incorporación a MEDICUS la suscripción y entrega de la solicitud de ingreso, así como el pago de suma alguna, toda vez que aquella deberá ser auditada por la Auditoría Médica.
La incorporación sólo quedará perfeccionada con su aceptación por parte de Medicus, que se materializará con la entrega del MEDICARD.

Para el caso en que el asociado se haya incorporado a Medicus a través de Grupo de Afinidad declara que ha sido informado de forma cierta, clara y detallada que el plan al que adhiere es otorgado con valores preferenciales bonificados, siendo el mismo de acceso exclusivo para los beneficiarios relacionados con el Grupo de Afinidad, asimismo, acepta los términos de ajustes de cuotas y modificaciones que sean acordados con el Grupo de Afinidad como así también los diferenciales de cuotas que pudieran surgir por cambios etarios.
Una vez cesado el vínculo con el Grupo de Afinidad se lo ha puesto en conocimiento que tendrá el derecho a la continuidad con la antigüedad reconocida con alguno de los planes de asociados generales que resulte similar al que venía gozando si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días corridos desde el cese del vínculo con el Grupo de Afinidad, debiendo abonar el valor del plan elegido.

1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 .....

FIRMA Y ACLARACIÓN DE LOS INTEGRANTES MAYORES DE EDAD

A completar por el promotor

Dejo constancia que la totalidad de los datos consignados fueron completados en mi presencia y verificados los números y tipos de documentos y demás datos solicitados por Medicus.

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROMOTOR

VALOR DEL PLAN CONTRATADO	RANGOS DE VALORIZACIÓN POR EDAD					
	EDAD	(0 - 29)	(30 - 44)	(45 - 59)	(60 - 69)	MAYOR DE 70

Medicus informa que al momento de su incorporación el asociado puede elegir entre planes que poseen el mismo precio con independencia de la edad y planes que establecen distintos precios que se incrementan según la edad, de acuerdo a las categorías que más arriba se detallan. No obstante, en ambos casos existe un adicional del 40% de la cuota individual por cada asociado mayor de 70 años. Entiendo y acepto que las prestaciones correspondientes al POM y MI deberán contratarse por un plazo mínimo de 12 meses.

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos y que las consecuencias de no proporcionarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

.....

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN

.....

DOCUMENTO, FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR/ RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

MODELO

"Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) www.sssalud.gob.ar. R.N.E.M.P. Nº 111834. Reserva derechos sobre constitucionalidad ley 26682 y reglamentaciones"