

Sres. MET Córdoba S.A.:

De mi consideración, me dirijo a ustedes con el propósito de solicitar la afiliación al plan de cobertura que Ud. ofrecen para mí y mi grupo familiar.

Lugar y fecha

CORDOBA 26/05/2025

Fecha de vigencia probable

26/05/2025

Tipo de solicitud

- ☒ Alta  
☐ Incorporación  
☐ Cambio de canal

Tipo de afiliación

- ☒ Voluntaria ☐ Monotributo  
☐ Rel. dependencia ☐ Servicio doméstico

Obra social

- ☐ 1AP ☐ 4OS  
☐ 1MB ☐ 4AS  
☐ 1OC ☒ 9ME

## A Datos del Cliente

Nombre y apellido o Razón Social

DIEGO VALENTINO HONORATO BONETTO

Tipo Doc N° de documento Celular/Teléfono  
DNI 47487963 2664159758

Fecha de Nacimiento Edad Género  
21/02/2006 19 M

Correo electrónico  
dvhb47487963@gmail.com

Domicilio de facturación  
Calle PJE LOPEZ VALTODANO N° 1401 Piso / Dpto C.P 5000  
Barrio NUEVA CORDOBA Ciudad CORDOBA Provincia

¿Solicita factura Tipo "A"? ☐ Sí ☒ No

## B Datos del Titular

¿Es igual al cliente? ☒ Sí ☐ No

En caso de coincidir con el cliente, continuar con el punto "B1".

Nombre y apellido

Tipo Doc N° de documento Celular/Teléfono

Fecha de Nacimiento Edad Género

Correo electrónico

Domicilio de facturación

Calle N° Piso / Dpto C.P

Barrio Ciudad Provincia

B1 ¿Unifica aportes? ☐ Sí ☒ No

Nombre y apellido DNI

## C Medio de pago

Débito Automático TC ☒ CBU CA ☐ CBU CC ☐ Sin débito ☐

Tarjeta / Banco  
VISA MACRO

Nro TC/CBU  
4555 9900 0464 9458

Titular  
MARCELA BONETTO

DNI Vto TC / Nro. Cta  
21654828 12/28

## D Importe al momento del asesoramiento

Incluye los afiliados detallados en la sección "E"

Valor plan	Sueldo bruto	Aportes	Dto. inicial	Valor cuota inicial*
48796			55	48796
Adicionales			%	

\*Incluye las siguientes bonificaciones

PROMO C DA 55% X 3  
44% X 3  
33% X 3  
28% X SIEMPRE

Observaciones

MEDIA CUOTA ( PROPORCIONAL)

## E Datos de los afiliados

Nombre y apellido Fecha de nac. Edad Género  
1 DIEGO VALENTINO HONORATO BONETTO 21/02/06 19 M

Tipo Doc N° de CUIL Parentesco Servicios adicionales  
DNI 20474879632 TIT  
Nacionalidad Estado civil Plan  
ARGENTINA SOL MC CLASSIC

Nombre y apellido Fecha de nac. Edad Género  
2

Tipo Doc N° de CUIL Parentesco Servicios adicionales  
Nacionalidad Estado civil Plan

Nombre y apellido Fecha de nac. Edad Género  
3

Tipo Doc N° de CUIL Parentesco Servicios adicionales  
Nacionalidad Estado civil Plan

Nombre y apellido Fecha de nac. Edad Género  
4

Tipo Doc N° de CUIL Parentesco Servicios adicionales  
Nacionalidad Estado civil Plan

Nombre y apellido Fecha de nac. Edad Género  
5

Tipo Doc N° de CUIL Parentesco Servicios adicionales  
Nacionalidad Estado civil Plan

Los planes que está adquiriendo en esta solicitud tienen ajustes por rango etario a los 5, 19, 31, 41, 51, 61 y 66 años de acuerdo al Dec. 66/2019. Los planes adquiridos en la Línea "Familia" podrán mantener su condición mientras cumplan los siguientes requisitos: grupo familiar de 4 ó más integrantes con padres de edad máxima de 50 años e hijos con edad máxima de 18 años inclusive. Junto con la documentación correspondiente a su afiliación, Ud. está recibiendo de conformidad el listado de copagos al día de la fecha correspondientes a su plan, si este los tuviera. Los mismos serán actualizados considerando las disposiciones vigentes según Dec. 743/2022.

Para afiliaciones obligatorias:

Manifiesto mi conformidad y me comprometo a abonar la diferencia entre el precio de dicho plan y los aportes y contribuciones que MET Córdoba S.A. percibirá. Esta diferencia se basa en mi condición laboral, ya sea como trabajador/a en relación de dependencia, empleado/a de casas particulares o monotributista.

Solicito que MET Córdoba S.A. proceda a realizar la facturación correspondiente, la cual abonaré antes del vencimiento de cada mes, siguiendo las indicaciones y modalidades establecidas por la empresa.

En este acto, recibo copia de la presente solicitud. Asimismo, tengo pleno conocimiento de que la falta de pago puntual de la factura podría resultar en la suspensión de la cobertura por parte de MET Córdoba S.A., lo que implicaría la pérdida automática de cualquier prestación adicional más allá contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

En caso de que mi empleador no cumpla con los aportes y contribuciones correspondientes, asumo la responsabilidad solidaria como afiliado titular, comprometiéndome a cubrir el costo total del plan al que me adhiero.

En el caso de los/as trabajadores/as de casas particulares; la condición de afiliación se mantendrá siempre que se cumpla con el mínimo legal de 16 horas semanales de trabajo. El incumplimiento de esta condición o la falta de pago por parte del empleador durante 3 meses generará un cambio en la condición de afiliación, pasando a ser afiliado voluntario.

Declaro estar plenamente conforme con las diferencias calculadas en este acuerdo, las cuales se basan en la remuneración percibida en el último período y se ajustarán según los aportes y contribuciones efectivamente ingresados a..... por ARCA.

Firma del cliente/ titular

Diego Honorato

Aclaración