

INSTRUCCIONES DE ASOCIACIÓN: CONSULTAR CON LA VENTA DE IMPRIMTA, MANEJO Y APLICACIÓN DE LOS ESPACIOS RESERVADOS

FECHA	INDICAR CON UNA CRUZ EL TRAMITE A REALIZAR		ALTA	MODIFICACION	Nº ASOCIADO
SEGMENTO <input type="checkbox"/> CORPORATIVO OBLIG. <input type="checkbox"/> CORPORATIVO VOL. <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL OBLIG. <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL VOL.					
FILIAL	SUCURSAL		PLAN	MMAA	
EMPRESA (SOLO CORP.)		CODIGO	OBRA SOCIAL	CODIGO	GRUPO AFINIDAD (SOLO SEG. IND.)
ESTIMADO ASOCIADO ANTES A MEDIO		COBERTURA ANTERIOR	SI	NO	CARENCIAS
N. DE CUIT / CUIL					
TIPO DOC.		N. DOCUMENTO	FECHA DE NAC.	NACIONALIDAD	SEXO
DOMICILIO PARTICULAR / CALLE		NUMERO	MANZANA	CASA	TORRE
BARRIO		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELEFONO		TELEFONO	COBERTOR (SUC. MEDIFE)		
DOMICILIO FACTURACION / CALLE (SOLO INDIVIDUALES)		NUMERO	MANZANA	CASA	TORRE
BARRIO		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
DOMICILIO ENTREGA CREDENCIALES / CALLE		NUMERO	MANZANA	CASA	TORRE
BARRIO		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELEFONO		TELEFONO	E-MAIL		
LISTA DE PRECIOS		MONTO DEL PLAN	RECIBO Nº (SOLO VOLUNTARIOS)	FACTURACION	FACTURA ELECTRONICA
DEBITO AUTOMATICO		TARJETA	NOMBRE	NUMERO	SI NO
Cuenta BANCO		TIPO	CBU		
RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR					
DOMICILIO RAZON SOCIAL / CALIF		NUMERO	MANZANA	CASA	TORRE
BARRIO		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELEFONO		TELEFONO	SUELDO PROMEDIO		
01 ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE		FECHA DE NAC.		
TIPO DOC.	N. DOCUMENTO	NACIONALIDAD	SEXO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
02 ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE		FECHA DE NAC.		
TIPO DOC.	N. DOCUMENTO	NACIONALIDAD	SEXO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
03 ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE		FECHA DE NAC.		
TIPO DOC.	N. DOCUMENTO	NACIONALIDAD	SEXO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
04 ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE		FECHA DE NAC.		
TIPO DOC.	N. DOCUMENTO	NACIONALIDAD	SEXO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
SOLO O SEGMENTO INDIVIDUAL OBLIGATORIO: <input type="checkbox"/> SOLO QUE SUMA A OTRA CUIL					
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		N. DE CUIT		SUELDO PROMEDIO	
N. INT. SOLICITUD		REF. VENTA	TIPO MOD.		

SOLICITANTE TITULAR	EJECUTIVO DE VENTAS	JEFE DE VENTAS	OTRAS AUTORIZACIONES
FIRMA Aclaracion	FIRMA Aclaracion	FECHA FIRMA	FECHA FIRMA

C-154017

154017

Edad				
Sexo				
Peso				
Altura				
Tensión arterial				

Complete los casilleros correspondientes con SI o NO en cada caso según corresponda, y en observaciones conteste las siguientes preguntas:
 ¿Cuál fue la enfermedad o sus síntomas?
 ¿En qué fecha aproximada?
 Si actualmente continúa en control o tratamiento, detalle el mismo utilizando hojas adicionales si fuera necesario.

01	Alergias				
02	Alteraciones de las Urdas				
03	Cardiovasculares, cardíacas, vasculares				
04	Partos, cesáreas				
05	Complicaciones de partos y cesáreas				
06	Abortos espontáneos				
07	Embarazo actual				
08	De la piel				
09	De la sangre u órganos sintéticos				
10	De las glándulas				
11	De las vías urinarias				
12	De nariz, garganta y oído				
13	Del aparato de la visión				
14	Del aparato digestivo				
15	Del aparato genital				
16	Del aparato respiratorio				
17	Diabetes				
18	Consumo de drogas				
19	Enfermedades congénitas o hereditarias				
20	Enfermedades de las amputaciones				
21	Enfermedades del sistema				
22	Epilepsia y/o convulsiones				
23	Enfermedades neurológicas o del cerebro				
24	Enfermedades psicológicas o psiquiátricas				
25	Intervenciones psiquiátricas (#)				
26	Trastornos de la alimentación				
27	Historia de haber				
28	Historia de fumar				
29	Intervenciones quirúrgicas (#)				
30	Hipertensión arterial				
31	Traumatismos / accidentes				
32	Intervenciones quirúrgicas (##)				
33	Lumbalgias				
34	SIDA				
35	Tumores o cáncer				
36	Otras				

(#) Aclarar de fecha, lugar, si sigue en tratamiento y cuándo cesante
 (##) Aclarar de fecha, lugar, tipo de cirugía y cuándo cesante

Indique las instituciones y/o médicos que los atendieron en los últimos dos años:

La presente solicitud del asociado, y los antecedentes clínicos de salud revisten el carácter de declaración jurada. Modifé se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado, como así también actuar conforme con las normas vigentes en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.

El que suscribe _____ documento de identidad tipo _____ número _____
 declara, expresamente haber leído y constatado correctamente todas las preguntas e informaciones formuladas en esta solicitud de asociación, contestándolas en carácter de declaración jurada, así como conocer y aceptar las condiciones generales de asociación, el reglamento general de los servicios de atención y cobertura del plan.
 Además autoriza a todos los profesionales que lo hubieran asistido personalmente y/o su grupo familiar, a brindar todas las informaciones adicionales que la asociación requiera.

Dario Compagna
 Gerente de Dpto. Recursos Humanos

EPTA ARGENTINA S.A.
 Miembro de Epta-Group

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

FECHA: _____ CONFORME _____ FIRMA _____

AUDITORIA MEDICA