

SOLICITUD DE INGRESO O MODIFICACIÓN

Fecha de Confección	17 3 23	Fecha Ingreso AMSS Salud	1. 4. 23
Nº Solicitud	7739196	Nº Entidad o CAR de Atención	

ALTA INCLUSIÓN TRANSFERENCIA (marcar con una X donde corresponda)

Comisión Directiva de Asociación Mutual SanCor Salud

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a fin de solicitar mi ingreso en la categoría de:

ADHERENTE ACTIVO (Activo de Tambo) y el de los integrantes que detallaré:

Ingreso bajo la forma de:	GRAV: AUTÓNOMO <input type="checkbox"/>	(marcar con una X donde corresponde)
	NO GRAV: REL. DE DEPENDENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	MONOTRIBUTISTA <input type="checkbox"/> (RNOS/CÓDIGO) <input type="text"/>
	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> AFINIDAD <input checked="" type="checkbox"/> EMPRESA <input type="checkbox"/> CONVENIO OBRA SOCIAL <input type="checkbox"/>	

I. TITULAR

Apellido:	Nombres:	Tipo Doc.	CUIT/CUIL		
Olivera	Federico Paul	DNI	20-39834043-5		
Sexo	Fecha de Nac.	Estado Civil	Nacionalidad	Cond. IVA	Cobertura Proveniente
M	17/7/96	Soltero	Argentino	CF	Nº Interno Nº Rnos Fecha Inicio de Serv.

Domicilio de Residencia

Calle	Orient.	Nº	Piso	Dpto.	Otros datos (b)	Otros datos (b)
Bulnes		1695		2. C		
Barrio	Cód. Postal	Localidad	Provincia			
	1425	CABA	CABA			
Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	Celular			
			11. 62205026			

Domicilio en el cual desea recibir la Documentación

Calle	Orient.	Nº	Piso	Dpto.	Otros datos (b)	Otros datos (b)	
Barrio	Cód. Postal	Localidad	Provincia				
Dirección de Mail			E-Factura:	Sistema de factura digital (correo electrónico), sin envío de factura ni de otras comunicaciones impresas a domicilio.			
			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

II. SOLICITO INGRESAR:

Atención de la Salud				SERVICIOS							
Plan (d)		Módulos Corporativos (e)		Subsidios Quirúrgicos				Emerg.	Subs. y Sep.		Sub. Vida Plus
S1500/40	OP	OD	TA	S.S. Alta Comp.	S.S. Prótesis	S.S. Odontológico	S.S. Quirúrgico	Con costo	SUF.	Bas.	Int. Titular Cóny.
Copagos	Nº Grilla Aporte			Aporte Plan de Salud	Bonificación Aporte	Subtotal	Aporte otros Servicios	Total a pagar			
Con	Sin			14296	12555						1730,95

III. MODALIDADES DE PAGO

Factura al Asociado	Pago Fácil	Tarjeta de Crédito	CBU	Factura a la Empresa	Número	Grupo de Afinidad
						1207

AUTORIZACIÓN CBU / TARJETA DE CRÉDITO

Tipo de Cuenta: Caja de Ahorro en Pesos: Cuenta Corriente en Pesos:

CBU / ALIAS: Si usted NO indicó Modalidad de Pago CBU, solo se utilizará para acreditar su reintegro.

Nombre del Titular de la cuenta bancaria:

En mi carácter de titular de la tarjeta: VISA CABAL CREDI GUIA COBRO EXPRESS TALOR AMERICAN EXPRESS
 MASTERCARD NARANJA BELLVILLE MARCOS JUÁREZ CLUB CRED

Nº

(1) Marcar con una X el nombre de la tarjeta que corresponda.

Firma del Titular de la cuenta CBU y/o Tarjeta de Crédito

Aclaración

PAGO A TRAVÉS DE Clave Bancaria Única (CBU) o Tarjeta de Crédito (TC).

En caso de que el Titular de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito no coincida con el Titular de la Asociación, deberá completar la nota AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Lo indicado en el Plan de Salud, el S.S. Prótesis, S.S. Alta Complejidad y Emergencia se hace extensivo también para el grupo familiar primario, como así también el S.U.F. únicamente para SEGMENTO AUTÓNOMO.



IV. UNIFICACIÓN

AFILIACIÓN PRINCIPAL (Titular de la facturación)			
Apellido y Nombre		CUIT/CUIL	
UNIFICA CON (Cuenta secundaria)			
Apellido y Nombre		CUIT/CUIL	

V. GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Cód. (c)	Parent.	Apellido y Nombres	Sexo	Fecha Nacimiento	Tipo Doc.	CUIT / CUIL
			Día	Mes	Año	
	Cóny.					
	Conc.					
	Hijo/a					
	Hijo/a					
	Hijo/a					
	Hijo/a					

Parent.	Nacionalidad	Plan M	Discapacidad	Subsidio Quirúrgico Supra Salud	Subs. y Sepelio		N° Persona
					Bas.	Int.	
Cóny.							
Conc.							
Hijo/a							
Hijo/a							
Hijo/a							
Hijo/a							

Cobertura Proveniente para Inclusiones

Nº Interno

Fecha de Ingreso

VI. DATOS ENTIDAD EMPLEADORA

ENTIDAD EMPLEADORA Nº1

Razón Social COTO CICSA	CUIT/CUIL 30-54808315-6	Cód. Área 11	Teléfono 4777-1237
Fecha de ingreso al Empleo 3/7/18	Remuneración 176851,66	Transitorio <input type="checkbox"/>	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>

ENTIDAD EMPLEADORA Nº2

Razón Social	CUIT/CUIL	Cód. Área	Teléfono
Fecha de ingreso al Empleo	Remuneración	Transitorio <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/>

VII. DATOS DE PROMOCIÓN

Ingresos Individual y Afinidad

Nº DATERO	Nº PROMOTOR	Pertenece al Sistema de Referidos:	SI <input type="checkbox"/>	Código de Referido
NO	NO	NO	<input type="checkbox"/>	

Ingresos Empresas

Nº Datero	Nº de quien completa la Solicitud (Promotor/Ejec. Atención)	Nº Supervisor / Responsable de Equipo	Nº Jefe Regional	Nº Promotor / Supervisor / Resp. de Equipo que cerró el convenio
.....	Figura Número

VIII. REFERENCIAS

a)- **TABLAS DE OBRA SOCIAL:** 1- 003009 OSPERSAAMS, 2- 112004 Mercedes Benz, 3- 401209 OSIM, 4- 1201 OSME, 5- 128102 OSUTI, 6- 105002 OSCONARA, 7- 402202 OSMITA, 8- 40240 OSEDEV, 9- 1508 OSSACRA.

b)- **TABLA DE OTROS DATOS:** 1- Área; 2- Casa; 3- Circunscripción; 4- Chacra; 5- Escalera; 6- Kilómetro; 7- Local; 8- Lote; 9- Maciso; 10- Manzana; 11-Monoblock; 12- Parcela; 13- Sección; 14- Tira; 15- Torre.

c)- **TABLA CÓDIGO DE PARENTESCO:** 0- Titular; 1- Conyuge; 2- Concubino/a; 3- Hijo soltero menor de 21 años; 4- Hijo soltero de 21 a 25 años cursando estudios regulares; 5- Hijo del cónyuge soltero menor de 21 años; 6- Hijo del cónyuge soltero de 21 a 25 años cursando estudios regulares; 7- Menor bajo guarda y tutela o nieto a cargo; 8- Familiar a cargo: Padre, Suegro, Hermano discapacitado; 9- Mayor de 25 años discapacitado.

d)- **TABLA PLAN:** S: Para Planes tradicionales desde el S500 al S6000 en venta individual y empresa, P: Para Planes de Asociados Activos, GEN: Para Planes GEN 18-35, A: Para Planes de Asoc. Activos con beneficios GEN 18-35.



DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

SECRETO MÉDICO - Para uso exclusivo de Auditoría Médica de Asociación Mutual SanCor Salud

Todos los datos deben completarse de puño y letra del solicitante

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	EDAD	PESO	ALTURA	IMC
Titular	Olivera, Federico Paul	26	73kgs.	1,74mts.	
Cónyuge					
Concubino/a					
Hijo/a					

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Las preguntas que se encuentran a continuación se refieren al **TITULAR O ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR**. En caso de contestar alguna de las preguntas abajo mencionadas de manera afirmativa, se deberá presentar historia clínica o resultados de los

	SI	NO	Integrantes Apellido y Nombre	Mencione Patologías Sufridas	Fechas (dd/mm/aa)
01 - Obesidad (Indice Masa Corporal (IMC) 34 o más) / bajo peso (18 o menos de IMC) / trastornos de la alimentación (Anorexia o Bulimia) / antecedente de cirugía bariátrica.	X				
02 - ¿Se encuentra cursando un embarazo? Detallar FUM (Fecha de Última menstruación) de los integrantes femeninos.	X				
03 - ¿Se encuentra cursando embarazo de alto riesgo? (alteraciones cromosómicas; malformaciones congénitas, otras)	X				
04 - Si es menor de 1 año: padece o a padecido prematuraz? cursa o a tenido internación en neonatología (NEO)?	X				
05 - ¿Se encuentra anticoagulado/a?	X				
06 - ¿Tiene Diabetes tratada SIN INSULINA?	X				
07 - ¿Tiene Diabetes tratada CON INSULINA?	X				
08 - ¿Tiene o tuvo cualquier enfermedad cardíaca adquirida o congénita, cirugía cardíaca, vascular, procedimientos endovasculares centrales o periférico, enfermedad coronaria o cualquier arritmia cardíaca?	X				
09 - ¿Tiene o tuvo artrosis de cadera, artrosis de rodilla, escoliosis de columna moderada a severa, hernias discales de columna?	X				
10 - ¿Tiene prótesis previas de rodilla, cadera, cardíaca o neurológicas? (excepto clavos endomedulares o prótesis mamarias)	X				
11 - ¿Tiene o tuvo queratocono, glaucoma, retinopatía, maculopatías, patologías o lesiones corneales, altas miopías, astigmatismo, hipermetropías (mayor o igual a 6 dioptrías)?	X				
12 - ¿Tiene o tuvo cáncer, lesiones pre neoplásicas (pre cancerosas) o tumores de cualquier órgano o tejido?	X				
13 - ¿Tiene enfermedades genéticas, congénitas, hereditarias?	X				
14 - ¿Tiene o tuvo falta, limitación o discapacidad de alguna facultad física (motora o visceral) o mental (neurológica) que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de sus actividades?	X				
15 - ¿Tiene o tuvo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, bronquitis crónica, apneas del sueño, fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier etiología, asma?	X				
16 - ¿Tiene o tuvo alguna uropatía, insuficiencia renal aguda o crónica, glomerulopatías o requirió diálisis?	X				
17 - ¿Consumo sustancias ilegales o posee condición de drogadicción / alcoholismo?	X				
18 - ¿Tiene o tuvo enfermedades neurológicas, neurovasculares, (epilepsia, ACV: accidente cerebrovascular, aneurisma cerebral); enfermedades psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar u otras)?	X				
19 - ¿Tiene o tuvo enfermedades de transmisión sexual o infectocontagiosas (Virus Inmunodeficiencia Humana (HIV), sífilis, hepatitis B o C, chagas), otras?	X				
20 - ¿Tiene o tuvo trastornos del crecimiento (Síndrome de Turner, déficit de hormona del crecimiento u otros)?	X				

Federico Olivera

Firma del Titular

Olivera, Federico Paul

Aclaración del Titular



00007739196

	SI	NO	Integrantes Apellido y Nombre	Mencione Patologías Sufridas	Fechas (dd/mm/aa)
21 - ¿Tiene o tuvo enfermedades reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus u otras)? ¿Tiene o tuvo enfermedades autoinmunes (incluye psoriasis, colitis ulcerosas y enfermedad de Crohn)?		X			
22 - ¿Tiene o tuvo enfermedades sanguíneas u oncohematológicas (hemofilia, púrpuras, anemias, poliglobulias, mielodisplasias, linfomas, leucemias u otras)?		X			
23 - ¿Se encuentra en tratamiento con tres (3) o más fármacos?		X			
24 - ¿Consumo o ha consumido medicamentos de alto costo; provistos por droguerías o farmacias? Mencione nombre del medicamento.		X			
25 - ¿Tuvo trasplantes de cualquier órgano o tejido?		X			
26 - ¿Tuvo un politraumatismo (con secuelas permanentes en órganos o sistemas) o una gran quemadura (+ del 20% de la superficie corporal o el 10% si son lesiones profundas, afección de cara y cuello)?		X			
27 - ¿Tiene o tuvo cirrosis hepatopatías o insuficiencia hepática de cualquier etiología y estadio?		X			
28 - ¿Tiene o tuvo Esclerosis Múltiple?		X			
29 - ¿Tiene o tuvo lesiones ligamentarias, meniscales de rodilla, hombro u otra articulación?		X			
30 - Tiene o tuvo Síndrome de Fabry(o síndrome de Ruiter-Pompen-Wyers o angioqueratoma corporal difuso) , Enfermedad de Gaucher?		X			
31 - ¿Ha tenido una internación prolongada en el último año o se encuentra internado actualmente? Motivo/causa.		X			
32 - ¿Tiene o tuvo prognatismo? ¿Dificultad para morder, masticar o tragar? ¿Problemas en la fonación? ¿Realizó tratamiento ortopédico dento-facial-maxilar?		X			
33 - ¿Estuvo o está bajo estudio por sospecha de alguna enfermedad infecciocontagiosa en los últimos 30 días como por ejemplo Dengue o Coronavirus?		X			

BENEFICIARIOS SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento
	Olivera, Maria Daniela	23/11/83	DNI	30530615
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento

BENEFICIARIOS SUBSIDIO VIDA PLUS

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento
		23/11/83	DNI	30530615
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento

Domicilio electrónico denunciado: Bulnes 1695 depto 2 C, CABA
 Tel. 11 62205026
 Email: federicopaulolivera@outlook.com

Manifiesto conocer plenamente, por haber sido entregado y encontrarse (siendo de acceso público) en la página web www.sancorsalud.com.ar: el Estatuto, Contrato de Adhesión, las Reglamentaciones del Servicio de Salud, Subsidios (SUPRA), Subsidio Único por Fallecimiento (S.U.F), Subsidio Vida Plus y Resoluciones de los Servicios a los que solicito mi incorporación, Planes de Cobertura del Servicio de Atención a la Salud en vigencia de la Asociación Mutual SanCor Salud, y derechos que emergen de los mismos, a cuyo contenido presto total conformidad. A la vez, dejo constancia en carácter de Declaración Jurada, lo siguiente:

- 1) - Mi grupo Familiar Primario está constituido según lo declarado.
- 2) - Declaro bajo juramento no padecer enfermedad alguna tanto en lo personal como en relación a mi grupo familiar, a excepción de lo enumerado en precedentemente, todo según consta en la Declaración de Estado de Salud, la que he confeccionado de mi puño y letra.
- 3) - Los datos consignados en la presente son auténticos.
- 4) - Me obligo a comunicar cualquier cambio de situación a lo declarado en la presente.
- 5) - Manifiesto haber tomado conocimiento de:

00007739196

a)- Penalidades por ocultar o desvirtuar información del estado de salud, Patologías Preexistentes. b)- Conocimiento de aportes adicionales/ diferenciales por padecer (habiendo declarado) las Patologías Preexistentes establecidas en el listado de Asociación Mutual SanCor Salud. c)- Obligatoriedad de ingreso de la totalidad del grupo familiar (conformación de grupo familiar). Valor adicional por ingreso de nuevo integrante. d)- Valor del Plan acorde al domicilio de residencia declarado, y existencia de copagos que serán debitados en la liquidación mensual de aportes, en caso de Plan con copagos. e)- Formas de pago acordes a las necesidades a través de CBU, Internet, cajero automático, débito automático y tarjetas de crédito. f)- Fecha de vencimiento para el pago de aportes y las consecuencias derivadas de la falta de cancelación en término. g)- Acceso al servicio de Salud a través de credencial que me habilita como Asociado y las normas generales de su alcance. h)- Esquemas de Autorizaciones Previas para acceso a determinadas prestaciones. i)- Detalle de Reconocimientos de Prestaciones de Asociación Mutual SanCor Salud conforme al Plan elegido. j)- Red de Prestadores acorde al plan de Salud elegido.

6) - Dejo expresa constancia que, de conformidad con el artículo 4º de la Ley de Defensa del Consumidor – Ley N° 24.240 -, acepto recibir información afiliatoria y/o de cualquier otro índole relacionada con el servicio contratado en el correo electrónico denunciado

Bs. As. 17/03/23

Federico Olivera

Olivera, Federico Paul

Lugar y Fecha

Firma del Titular

Aclaración del Titular



COTIZACIÓN DE FEDERICO PAUL OLIVERA

Detalle	PLAN S1500/40
Valor de plan	\$ 18545.00
Bonificación por forma de pago (por adicional)	\$ -4259.00
Bonificación por aportes	\$ -12555.05
SUBTOTAL	\$ 1730.95
TOTAL A PAGAR	\$ 1730.95 PRECIO FINAL

Fecha: 17/03/2023 vigencia hasta 17/03/2023

Asesor comercial BROKERS DE VENTA (GAP 10)

Mail:

0810-555-SALUD (72583)

La presente cotización realizada en el día de la fecha queda expresamente sujeta a variaciones conforme las actualizaciones, aumentos o ajustes que pudiera autorizar la Superintendencia de servicios de Salud, o bien, por modificaciones/actualizaciones de datos personales, los cuales serán aplicados al mes que se indique.

Cotización ID: 5176698 - Cotizador ID: 81784376

Declaro haber sido informado acerca del alcance legal de la documentación que se detalla a continuación, brindando mi conformidad sobre su contenido:

Formulario de Ingreso y Declaración Estado de Salud

Dejo constancia de lo declarado en la DES N° 7739196

Opción de Cambio

Dejo consentimiento que en el formulario de Opción de Cambio de la SSS N° _____ acepto cambiar de la Obra Social OSECAC _____ a OSPERSAAMS , con vigencia 01/04/2023

Formulario de Reconocimiento

El que suscribe deja constancia por medio de la presente de que ha sido informado sobre los servicios y prestaciones del Plan de Salud S1500/40 contratado.

Bonificación Aplicada

Dejo constancia que estoy en conocimiento del porcentaje de bonificación a aplicar durante el período mencionado según la nota enviada.
Mes 1 y 2 25% - Mes 3 y 4 15% Mes 5 en adelante 10% con revisión al año y luego cada 6 meses

Subsidios Contratados

Recibí las condiciones generales de los subsidios contratados, las cuales también están a mi disposición en www.sancorsalud.com.ar.

Se solicita responder: "*De acuerdo con la información brindada, acepto lo mencionado en cada uno de los puntos de la Nota de Conformidad recibida*".

Nombre y Apellido: Olivera, Federico Paul

DNI: 39834043