

SOLICITUD DE INGRESO O MODIFICACIÓN

Fecha de Confección		Fecha Ingreso AMSS Salud	
---------------------	--	--------------------------	--

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:

N° Solicitud			
A		I	T
N° Entidad de Atención			

ACTIVO _____ ADHERENTE _____ y el de los integrantes que detallaré:

Ingresar bajo forma de:	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> DESREGULADO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/> OBRA SOCIAL (a) <input type="checkbox"/>	N° Formulario S.S.S.
	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> AFINIDAD <input type="checkbox"/> EMPRESA <input type="checkbox"/>	

I. TITULAR

Apellido		Nombres		Tipo Doc.	CUIT/CUIL			
Sexo	Fecha de Nac.	Estado Civil	Nacionalidad	Cond. IVA	Cobertura Proveniente			
					N° Interno	N° Rnos	Fecha Inicio de Serv.	
Domicilio de Residencia								
Calle			Orient.	N°	Piso	Dpto.	Otros datos (b)	Otros datos (b)
Barrio		Cód. Postal	Localidad		Provincia			
Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	Celular					
Domicilio en el cual desea recibir la Documentación								
Calle			Orient.	N°	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 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			
	OP	OD	TA	S.S. Alta Comp.	S.S. Prótesis	S.S. Odontológ.	S.S. Quirúrgico	Con costo	SUF.	Bas.	Int.	Titular	Cóny.		
Copagos		N° Grilla Aporte		Aporte Plan de Salud		Bonificación Aporte		Subtotal	Aporte otros Servicios		Total a pagar				
Con	Sin														

III. MODALIDADES DE PAGO

Factura al Asociado	Pago Fácil	Tarj. Créd.	CBU	ECR (1) (2)	RCE (3)	Producción (1)	Factura a la Empresa	Número	Grupo de Afinidad

(1) Completar anexo II (2) Sólo para Asociado de Entidad con Responsabilidad de cobranza. (3) Sólo para Asociado de Entidad con gestión de cobranza.

AUTORIZACIÓN CBU / TARJETA DE CRÉDITO

Tipo de cuenta: Caja de Ahorro en Pesos: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente en Pesos: <input type="checkbox"/>	
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:	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> CABAL <input type="checkbox"/> CREDI GUIA <input type="checkbox"/> COBRO EXPRESS <input type="checkbox"/> TALOR <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> NARANJA <input type="checkbox"/> BELL VILLE <input type="checkbox"/> MARCOS JUÁREZ <input type="checkbox"/> CLUB CRED
N°	Con Vencimiento
(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	
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 PAGO A TRAVÉS DE Clave Bancaria Única (CBU) o Tarjeta de Crédito (TC).	

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.

N° RC	N° Asociado	N° Pers. Titular	N° Cuenta
-------	-------------	------------------	-----------



IV. UNIFICACIÓN

Apellido y Nombre	CUIT/CUIL	Afili. Principal	
		SI	NO

V. GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

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

Parent.	Nacionalidad	Plan M	Discapacidad	Subsidio Quirúrgico Supra Salud	Subs. y Sepelio		N° Persona
					Bas.	Int.	
Cóny.							
Conc.							
Hijo							
Hijo							
Hijo							
Hijo							
Cobertura Proveniente para Inclusiones		N° Interno		Fecha de Ingreso			

VI. DATOS ENTIDAD EMPLEADORA

ENTIDAD EMPLEADORA N°1

Razón Social	CUIT/CUIL	Cód. Área	Teléfono
Fecha de ingreso al Empleo		Remuneración	
		Transitorio	Permanente

ENTIDAD EMPLEADORA N°2

Razón Social	CUIT/CUIL	Cód. Área	Teléfono
Fecha de ingreso al Empleo		Remuneración	
		Transitorio	Permanente

VII. DATOS DE PROMOCIÓN

Ingresos Individual y Afinidad

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

Ingresos Empresas

N° Datero	N° de quien completa la Solicitud (Promotor/Ejec. Atención)	N° Supervisor / Responsable de Equipo	N° Jefe Regional	N° Promotor/Supervisor/ Resp. de Equipo que cerró el convenio
				Figura Número

VIII. REFERENCIAS

a)- TABLAS DE OBRA SOCIAL: 1- OSPERSAAMS, 2- Mercedes Benz, 3- OSIM, 4- OSME, 5- ASE, 6- OSUTI, 7- OSCONARA, 8- OSTEL.

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 S5000 en venta individual y empresa, P: Para Planes de Asociados Activos, GEN: Para Planes GEN 18-30, A: Para Planes de Asoc. Activos con beneficios GEN 18-30.

e)- MÓDULOS CORPORATIVOS: OP: Óptica - OD: Odontología - TA: Terapias Alternativas.



DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

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

Nº Solicitud:

00007509000

AMS-FS02131-R31

Todos los datos deben completarse de puño y letra del solicitante

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	EDAD	PESO	ALTURA	IMC
Titular					
Cónyuge					
Concubino/a					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					

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
01 - Obesidad (Índice Masa Corporal (IMC) 34 o más) / bajo peso (18 o menos de IMC) / trastornos de la alimentación (Anorexia o Bulimia) / antecedente de cirugía bariátrica.					
02 - ¿Se encuentra cursando un embarazo? Detallar FUM (Fecha de Última menstruación) de los integrantes femeninos.					
03 - ¿Se encuentra cursando embarazo de alto riesgo? (alteraciones cromosómicas; malformaciones congénitas, otras)					
04 - Si es menor de 1 año: padece o a padecido prematuridad? cursa o a tenido internación en neonatología (NEO)?					
05 - ¿Se encuentra anticoagulado/a?					
06 - ¿Tiene Diabetes tratada SIN INSULINA?					
07 - ¿Tiene Diabetes tratada CON INSULINA?					
08 - ¿Tiene o tuvo cualquier enfermedad cardíaca adquirida o congénita, cirugía cardíaca, vascular, procedimientos endovasculares centrales o periférico, enfermedad coronaria o cualquier arritmia cardíaca?					
09 - ¿Tiene o tuvo artrosis de cadera, artrosis de rodilla, escoliosis de columna moderada a severa, hernias discales de columna?					
10 - ¿Tiene prótesis previas de rodilla, cadera, cardíaca o neurológicas? (excepto clavos endomedulares o prótesis mamarias)					
11 - ¿Tiene o tuvo queratocono, glaucoma, retinopatía, maculopatías, altas miopías, astigmatismo, hipermetropías (mayor o igual a 6 dioptrías)?					
12 - ¿Tiene o tuvo cáncer, lesiones pre neoplásicas (pre cancerosas) o tumores de cualquier órgano o tejido?					
13 - ¿Tiene enfermedades genéticas, congénitas, hereditarias?					
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?					
15 - ¿Tiene o tuvo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, bronquitis crónica, apneas del sueño, fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier etiología, asma?					
16 - ¿Tiene o tuvo alguna uropatía, insuficiencia renal aguda o crónica, glomerulopatías o requirió diálisis?					
17 - ¿Consuma sustancias ilegales o posee condición de drogadicción / alcoholismo?					
18 - ¿Tiene o tuvo enfermedades neurológicas, neurovasculares, (epilepsia, ACV: accidente cerebrovascular, aneurisma cerebral); enfermedades psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar u otras)?					
19 - ¿Tiene o tuvo enfermedades de transmisión sexual o infectocontagiosas (Virus Inmunodeficiencia Humana (HIV), sífilis, hepatitis B o C, chagas), otras?					
20 - ¿Tiene o tuvo trastornos del crecimiento (Síndrome de Turner, déficit de hormona del crecimiento u otros)?					

<p>_____</p> <p>Firma del Titular</p>	<p>_____</p> <p>Aclaración del Titular</p>
---------------------------------------	--



	SI	NO	Integrantes Apellido y Nombre	Mencione Patologías Sufridas	Fechas
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)?					
22 - ¿Tiene o tuvo enfermedades sanguíneas u oncohematológicas (hemofilia, púrpuras, anemias, poliglobulias, mielodisplasias, linfomas, leucemias u otras)?					
23 - ¿Se encuentra en tratamiento con tres (3) o más fármacos?					
24 - ¿Consumo o ha consumido medicamentos de alto costo; provistos por droguerías o farmacias? Mencione nombre del medicamento.					
25 - ¿Tuvo trasplantes de cualquier órgano o tejido?					
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)?					
27 - ¿Tiene o tuvo cirrosis hepáticas o insuficiencia hepática de cualquier etiología y estadio?					
28 - ¿Tiene o tuvo Esclerosis Múltiple?					
29 - ¿Tiene o tuvo lesiones ligamentarias, meniscales de rodilla, hombro u otra articulación?					
30 - Tiene o tuvo Síndrome de Fabry (o síndrome de Rüter-Pompen-Wyers o angioqueratoma corporal difuso), Enfermedad de Gaucher?					
31 - ¿Ha tenido una internación prolongada en el último año o se encuentra internado actualmente? Motivo/causa.					
32 - ¿Tiene o tuvo prognatismo? ¿Dificultad para morder, masticar o tragar? ¿Problemas en la fonación? ¿Realizó tratamiento ortopédico dento-facial-maxilar?					
33 - ¿Estuvo o está bajo estudio por sospecha de alguna enfermedad infectocontagiosa en los últimos 30 días como por ejemplo Dengue o Coronavirus?					

BENEFICIARIOS SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento

BENEFICIARIOS SUBSIDIO VIDA PLUS

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nº Documento

Domicilio electrónico denunciado: _____ Tel. _____

Email: _____

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:
 - 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)- Esquema 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 4° de la Ley de Defensa del Consumidor – Ley N° 24.240 -, acepto recibir información afilatoria y/o de cualquier otro índole relacionada con el servicio contratado en el correo electrónico denunciado

00007509000

Lugar y Fecha

Firma del Titular

Aclaración del Titular



**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO PAGO A TRAVÉS DE
Clave Bancaria Única (CBU) o Tarjeta de Crédito (TC)**

Lugar y fecha: _____ / ____ / ____

Sres. de SanCor Salud

De mi consideración:

_____ (Nombre y Apellido Titular de CBU / TC) me dirijo a ustedes
como Titular de la Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito con el fin de autorizar el débito automático de los
aportes de los Servicios que brinda SanCor Salud al Asociado Titular
_____ (Nombre y Apellido Titular Plan de Salud) a través de:

CBU ☐ Tarjeta de Crédito ☐ (marcar con una X lo que corresponda).Detallo los siguientes datos como **Titular de la Cuenta Bancaria/Tarjeta de Crédito:**

DNI: _____

Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Vínculo con el Asociado/a Titular: _____

Adjunto fotografía que certifica los datos antes mencionados:



Foto Frente DNI Titular CBU / TC



Sin más los saludo atentamente.

Firma Titular CBU / TC_____
Aclaración