FORMULARIO. CONSULTAR MI PLAN.

**Datos para completar correspondientes al PLAN SUPERIOR Y EL PLAN CLÁSICO.**

**CONSULTAR MI PLAN.**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo

* Femenino
* Masculino

Fecha de nacimiento. \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Número de documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono. Código de área ( ) Número ( )

SIGUIENTE (pasamos a otra pantalla)

A continuación, indica cuál es el importe de tu recibo de sueldo mensual. Recuerda que debes colocar el valor correspondiente al sueldo bruto.

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para quienes sería el plan.

* **Individual.** Personas solteras, sin hijos, mayores de años de 30 años.
* **Grupo familiar sin hijos.** (Si selecciona esta opción, desplazar para cargar algunos datos con cónyuge o concubino/a. )

**Necesitamos algunos datos de tu concubino/a**.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo.

* Femenino
* Masculino

Fecha de nacimiento. \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Número de documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGUIENTE. (pasamos a otra pantalla)

* **Grupo familiar con hijos.**

**Indica la cantidad de hijos menores de 21 años.**

Buscar la mejor forma de desplazar del 1 al 10

**Indica la cantidad de hijos entre 21 y 25 años que se encuentren cursando estudios terciarios**

1 al 10

SIGUIENTE. (pasamos a otra pantalla)

**CONSULTAR MI PLAN.**

**PANTALLA CON MENSAJE.**

**Tus datos han sido cargados correctamente.**

**En breve nos comunicaremos con vos para brindarte información y asesoramiento sobre nuestros planes de salud.**

**Muchas gracias por contactarte con OSTAMMA.**

.

**Datos para completar correspondientes al PLAN JOVEN**

**CONSULTAR MI PLAN.**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo

* Femenino
* Masculino

Fecha de nacimiento. \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Número de documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono. Código de área ( ) Número ( )

SIGUIENTE (pasamos a otra pantalla)

Cómo es tu situación laboral.

Opciones

* **Relación de dependencia**.

A continuación, indica cuál es el importe de tu recibo de sueldo mensual. Recuerda que debes colocar el valor correspondiente al sueldo bruto.

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Monotributista**

SIGUIENTE. (pasamos a otra pantalla)

**CONSULTAR MI PLAN.**

**PANTALLA CON MENSAJE.**

**Tus datos han sido cargados correctamente.**

**En breve nos comunicaremos con vos para brindarte información y asesoramiento sobre nuestros planes de salud.**

**Muchas gracias por contactarte con OSTAMMA.**