

SOLICITUD DE INGRESO

PROMOTOR _____ N° _____

FECHA

GRUPO FAM.

TIPOS DE AFILIADOS

☐ Obligatorio

☐ Voluntario

☐ Monotributista

☐ ALTA ☐ BAJA

☐ Opción:

MODIFICACIÓN

☐ Agrega integrantes

☐ Declara más de 5 integrantes

Apellido / Nombre/s del Titular

Tipo de Documento

/ Número de Documento

Fecha Nac. / /

Nacionalidad

Est. Civil

Género ☐ F ☐ M ☐ X

C.U.I.L. / C.U.I.T.

Obra Social / Prepaga anterior

Desde

Hasta

Plan

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO

Calle

Número

Piso

Depto.

Cód. Postal

Localidad / Provincia

Teléfono

Mail

Condición de Afiliación (Nombre de la empresa / Si es monotributistas / U otra condición):

Prestataria

Plan

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR							
	Apellido / Nombre	Parentesco	Fecha Nac.	Nacionalidad	Est. Civil	Género	C.U.I.L.
Benef. 01							
Benef. 02							
Benef. 03							
Benef. 04							

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL TITULAR

IMPORTANTE

Es imprescindible completar la totalidad de la información en forma exacta, detallada y precisa. Cualquier omisión, falsedad o alteración podrá acarrear la disolución del contrato. El siguiente cuestionario debe ser completado por el titular con respecto a él mismo y a todos los integrantes del grupo familiar que corresponda. Su carácter es orientativo, y no exime al declarante de informar otros antecedentes.

RESPONDA SI O NO SEGÚN CORRESPONDA. USTED Y SU GRUPO HAN TENIDO O PADECIDO:	TITULAR 00	BENEF. 01	BENEF. 02	BENEF. 03	BENEF. 04
Afecciones congénitas y hereditarias. Discapacidades.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de nariz, oído y garganta.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de las mamas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones pulmonares y de las vías respiratorias.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Fuma/n o Ha/n fumado en alguna oportunidad? Indique la cantidad de cigarrillos y años como fumador.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones renales, vejiga, prostáticas, genitales, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones ginecológicas y obstétricas. ¿Está embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, hepatitis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades inmunológicas y / o degenerativas HIV (+).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de la piel.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones visuales, desprendimientos de retina, glaucoma, cataratas, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones hematológicas, anemia, leucemia, linfomas, ganglios, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes, gota, obesidad, alteraciones, tiroides u otras endocrinopatías.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, angina, infartos, arritmias, soplos, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones musculares y de los huesos, columna, cadera, rodilla, artritis, artrosis, osteoporosis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiene/n alguna prótesis o indicación de colocación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes neurológicos (convulsión, parálisis, etc), psiquiátricos, intentos de suicidio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tuvo ud. o algún integrante de su grupo familiar intervención quirúrgica y / o accidentes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha/n debido ser internado/s en alguna oportunidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta ud. o algún integrante de su grupo familiar bajo control o tratamiento medico actualmente o lo ha estado en el último año?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta/n tomando medicamento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha/n perdido peso significativamente en los últimos años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene/n conocimiento de tener o haber tenido algún tumor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Adicción a drogas (tipo de drogas).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Peso.	Kg: <input type="text"/>	Kg: <input type="text"/>	Kg: <input type="text"/>	Kg: <input type="text"/>	Kg: <input type="text"/>
Altura.	cm: <input type="text"/>	cm: <input type="text"/>	cm: <input type="text"/>	cm: <input type="text"/>	cm: <input type="text"/>
Otros antecedentes: Especificar en observaciones para cada integrante del grupo familiar.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si ha respondido SI a alguna de las consultas precedentes, indique el integrante del grupo familiar al que hace referencia y a continuación todos los datos relevantes, con fecha en que la se produjo el evento, además del tratamiento recibido. En caso de tratarse de tratamientos actuales, detalle medicación y/o tratamiento que recibe.

OBSERVACIONES TITULAR:

OBSERVACIONES BENEFICIARIO 01:

OBSERVACIONES BENEFICIARIO 02:

OBSERVACIONES BENEFICIARIO 03:

OBSERVACIONES BENEFICIARIO 04:

INFORME (para completar por la Dirección Médica)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

He leído y comprendido que la presente declaración tiene carácter de Declaración Jurada de Salud en los términos de la Ley N°26.682 (y sus normas complementarias o futuras modificaciones), por ello acepto que William Hope se reserve el derecho de rescindir el contrato de afiliación con motivo de la falsedad o inexactitud de los datos consignados en ella, en los términos del art. 9 de la Ley N°26.682. Del mismo modo, entiendo que en caso de declarar alguna preexistencia al momento de la afiliación, sólo se entenderá configurado el presente contrato con la manifestación expresa de la aceptación del valor diferencial conforme los arts. 10 y 12 de la Ley 26.682.

LUGAR / FECHA DE 20

CONDICIONES GENERALES

- La credencial provisoria entregada al solicitante no acredita afiliación hasta tanto no haya sido aceptada la solicitud por la Obra Social.
- Es obligatorio informar cualquier modificación de los datos suministrados de cualquiera de los beneficiarios del grupo familiar (mudanza, cambio laboral, nacimiento, adopción, etc.).
- William Hope no es responsable ante el incorrecto encuadre y/o derivación de aportes.
- La Obra Social se subroga en todos los derechos del asociado contra terceros y/o aseguradores de responsabilidad civil.
- La derivación de los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia pertenecen al beneficiario y deben aplicarse en su exclusivo beneficio. Dichos recursos, cuando superen el valor de la cuota, serán facturados en los meses subsiguientes.

GRUPO FAMILIAR

- Compromiso de entregar toda la documentación necesaria para la correcta individualización y afiliación de cada integrante del Grupo Familiar Primario.

CÓNYUGE

- Si el/la cónyuge trabaja, es jubilado/a o monotributista, el afiliado deberá unificar sus aportes con los del titular e informar cualquier cambio laboral.

HIJOS

- Los hijos estarán en el grupo familiar hasta los 21 años, pudiendo continuar hasta los 25 si estudian (con certificado anual).
- Si comienzan a trabajar, deberán constituir un grupo independiente e informar la situación.
- Al cumplir 26 años, se otorgará continuidad automática como afiliado independiente, salvo manifestación contraria.
- Excepcionalmente, podrán incorporarse ascendientes por consanguinidad que el beneficiario tuviera a su cargo y que convivan con el titular, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud mediante el pago de un adicional.

CONDICIONES PARTICULARES PARA CONOCIMIENTO DEL AFILIADO

CARTILLA Y COBERTURA

- Dejo constancia de haber recibido información sobre el acceso a la cartilla de prestadores, sus alcances, coseguros y tabla de beneficios.
- William Hope podrá modificar la cartilla manteniendo la prestación propuesta.
- Se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de esta entidad: prestaciones no previstas en el PMO y en la Ley 24.901; internación de crónicos con excepción de interconsultas clínicas y/o quirúrgicas; prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia.

*Tienen un tiempo de espera de 12 meses todas las prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio, Resol. 201-02 MS y modificatorias, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682

- El acceso a las prestaciones mínimas obligatorias será inmediato, sin períodos de carencia.

CAMBIO DE PLAN

- Se podrá modificar el plan a partir del primer día del mes siguiente según corresponda, sin restricciones.
- Para el caso de cambio a un plan de mayor cobertura, el afiliado deberá permanecer 12 meses en ese plan.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

- Deberá ajustarse a lo previsto en la Ley 25.649 (prescripción por nombre genérico).
- La Obra Social estará exenta de cubrir medicamentos cuya prescripción no se encuentre comprendida en la cobertura prestacional contratada.

PRESTACIONES DE EMERGENCIA

- Se aseguran las prestaciones de emergencia ante la duda de los alcances del plan.

PAGOS

- La falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a William Hope a limitar las prestaciones al plan al que el afiliado acceda sólo con sus aportes y contribuciones, o en su defecto a las dispuestas por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el art. 9 de la Ley 26682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos. Producida la desvinculación del afiliado,
- La Entidad podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 23.660 y de acuerdo a la Ley 26.682 (arts. 5 inc.)

COMPROMISO DE LA EMPRESA DEL TITULAR

- La Empresa deberá informar cualquier modificación en las condiciones de trabajo del afiliado titular (Distracto laboral, suspensión, licencias, etc) siendo ésta responsable de los importes devengados hasta la presentación correspondiente.
- En caso de que la Empresa se haga responsable del pago de las cuotas correspondientes a los planes superadores del PMO elegidos para su personal y los inherentes a cada grupo que hubieren incorporado, deberá firmar al pie.
- La Empresa está en conocimiento que William Hope no es responsable ante el incorrecto encuadre y/o incorrecta derivación de aportes.

FRANJA ETARIA Y VALORES DE PLAN

- El plan elegido en esta alta es el indicado al pie. La bonificación de la cuota disminuirá al alcanzar los 30 y 36 años.
- A partir de los 65 años, rige lo dispuesto en el art. 12 de la Ley 26.682.
- El valor de la última franja (más de 36 años) no podrá superar el triple de la franja mínima (menos de 30 años).
- Los valores se ajustarán según cantidad y edad de los integrantes del grupo familiar.
- La diferencia a pagar surgirá de los valores informados menos los aportes que ingresen por otras vías.

EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Por voluntad del usuario: el afiliado podrá rescindir el contrato en cualquier momento y sin expresión de causa.

Por decisión de la Entidad:

- Falta de pago de tres cuotas íntegras y consecutivas.
- Falsedad de la declaración jurada de salud al omitir dolosamente enfermedades o preexistencias.

RECLAMOS

Ante el eventual incumplimiento de la Obra Social a las obligaciones asumidas, el usuario podrá presentar su denuncia ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Para asesoramiento gratuito, comunicarse al 0800-222-SALUD (72583) – Ley C.A.B.A. 1997.

Debajo de los cuadros donde van los valores del plan elegido.

(*) Nota: Los valores expresados en los cuadros A y B son los vigentes al momento de completar la solicitud, quedando los mismos sujetos a futuros ajustes por incremento de costos. En el caso de Adherentes Directos, la línea "Aportes y Contribuciones" del Cuadro B será equivalente a cero, por lo tanto la diferencia a pagar será la cuota del plan elegido.

FIRMA AFILIADO/A TITULAR

ACLARACIÓN

CUADRO A

PLAN	GRUPO FAMILIAR	MENOR DE 30 AÑOS	MENOR DE 36 AÑOS	MAYOR DE 36 AÑOS	MAYOR DE 65 AÑOS

CUADRO B

CUOTA ACTUAL

\$

APORTES Y CONTRIBUCIONES (ESTIMADO)

\$

OTRO CONCEPTO

\$

DIFERENCIA A PAGAR ESTIMADA

\$

(*) Nota: Cabe mencionar que los valores expresados en el cuadro A y B son los vigentes al momentos de completar la solicitud, quedando los mismos sujetos a los futuros ajustes que pudieran surgir del incremento de costos. Por último se entiende que en el caso de Adherentes Directos en la línea aportes del CuadroB será equivalente a cero, por lo tanto la diferencia a pagar será la cuota del plan elegido.

FIRMA RESPONSABLE DE LA EMPRESA

(en caso que la misma sea quien abone la cuota).

FIRMA AFILIADO TITULAR

ACLARACIÓN

DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA

Buenos Aires, _____ de _____ de _____

SEÑORES OBRA SOCIAL WILLIAM HOPE:

Por la presente me comprometo a completar dentro de un plazo máximo de 90 días corridos a contar desde el presente requerimiento, la totalidad de la documentación solicitada a fin de llevar a cabo el alta definitiva de mi grupo familiar en vuestra Obra Social, la que se detalla a continuación:

Al vencimiento del plazo informado, la Obra Social se reserva el derecho a la suspensión provisoria de la cobertura hasta el cumplimiento total del trámite administrativo pendiente.

Atentamente.

FIRMA

ACLARACIÓN