

SOLICITUD DE INGRESO

FECHA GRUPO FAM.

PROMOTOR _____ N° _____

--	--

<p>TIPOS DE AFILIADOS</p> <p><input type="checkbox"/> Obligatorio</p> <p><input type="checkbox"/> Voluntario</p> <p><input type="checkbox"/> Monotributista</p>	<p><input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> BAJA</p> <p><input type="checkbox"/> Opción:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>MODIFICACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Agrega integrantes <input type="checkbox"/> Declara más de 5 integrantes</p>
Apellido / Nombre/s del Titular		
Tipo de Documento		/ Número de Documento
Fecha Nac. / /		
Nacionalidad		
Est. Civil		
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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"/>				
Afecciones de nariz, oído y garganta.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones de las mamas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones pulmonares y de las vías respiratorias.	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"/>				
Afecciones renales, vejiga, prostáticas, genitales, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones ginecológicas y obstétricas. ¿Está embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, hepatitis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Enfermedades inmunológicas y / o degenerativas HIV (+).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones de la piel.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones visuales, desprendimientos de retina, glaucoma, cataratas, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Afecciones hematológicas, anemia, leucemia, linfomas, ganglios, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Diabetes, gota, obesidad, alteraciones, tiroides u otras endocrinopatías.	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"/>				
Afecciones musculares y de los huesos, columna, cadera, rodilla, artritis, artrosis, osteoporosis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Tiene/n alguna prótesis o indicación de colocación?	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"/>				
¿Tuvo ud. o algún integrante de su grupo familiar intervención quirúrgica y / o accidentes?	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"/>				
¿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"/>				
¿Esta/n tomando medicamento?	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"/>				
¿Tiene/n conocimiento de tener o haber tenido algún tumor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Adicción a drogas (tipo de drogas).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Peso.	Kg: _____				
Altura.	cm: _____				
Otros antecedentes: Especificar en observaciones para cada integrante del grupo familiar.	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) _____

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 y en consonancia con lo mencionado en el párrafo anterior, 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 el art. 10 y 12 de la Ley 26.682.

LUGAR / FECHA _____ DE 20 _____

GERENCIA COMERCIAL

AUDITORÍA MÉDICA

AUDITORÍA FINANCIERA

FIRMA AFILIADO TITULAR

CONDICIONES GENERALES

- La credencial provisoria entregada al solicitante no acredita afiliación hasta tanto no haya sido aceptada la solicitud por la Obra Social.
- Es de carácter obligatorio informar cualquier modificación de los datos suministrados de cualquiera de los beneficiarios que se encuentren en el grupo familiar (mudanza, comienzo/cambio de la relación laboral, divorcio, nacimiento de hijo, adopción u otros).
- Se deja expresa constancia que William Hope no es responsable ante el incorrecto encuadre y/o incorrecta derivación de aportes.
- La Obra Social se subroga en todos los derechos del asociado contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión este último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

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 y contribuciones con los del titular. Es obligatorio informar a William Hope de inmediato los cambios que se produjeran en la situación laboral de el/la cónyuge.

HIJOS/AS

- Los hijos estarán en el grupo familiar hasta los 21 años. Podrán continuar hasta los 25 años si estudian. Para contar con de ese derecho se deberá presentar anualmente los certificados de estudios de establecimientos reconocidos oficialmente.
- En caso de que un hijo/a comience a trabajar en ese período, ya sea en relación de dependencia, como autónomo o monotributista, deberá abandonar el grupo familiar para constituir uno nuevo e independiente. El Afiliado se compromete a informar a William Hope tal circunstancia.
- El hijo/a al cumplir los 26 años, queda fuera del Grupo Familiar. En ese caso se le otorgará continuidad automática como afiliado independiente mientras no se informe lo contrario.

CONDICIONES PARTICULARES PARA CONOCIMIENTO DEL AFILIADO

CARTILLA Y COBERTURA

ASUME CONOCIMIENTO

Dejo constancia que, en este acto, recibo toda la información sobre la forma de acceder a la cartilla de prestadores correspondiente al plan prestacional elegido, la que contiene la siguiente información: nómina de prestadores, alcances, coseguros y a la que se adjunta la tabla de beneficios del plan elegido. También que se realizarán derivaciones, dentro del marco prestacional propuesto, si la complejidad excede la existente en la localidad donde resido.

- Se me notifica que William Hope se reserva el derecho de modificar la cartilla de prestadores 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 intercurencias 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 y el Dec. Regl. 1993/11.

CAMBIO DE PLAN

Se podrá modificar el plan a partir del primer día del mes siguiente según corresponda. Se debe permanecer como mínimo un año en el plan elegido. En cualquier caso, tanto para ascensos como para descensos de plan, es necesario un mínimo de un año de antigüedad en el plan vigente, aún cuando se trate del plan elegido al incorporarse a William Hope en el que haya sido reubicado por cualquier motivo o razón. La opción de cambio comprende, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar.

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.
- 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. g) y 17, cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos.
- La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días (desde la fecha de notificación a la del vencimiento del pago) y el socio, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación.

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.

Quien suscribe la presente, se compromete a abonar la diferencia mensual que se genere, en el caso que los aportes que provengan de AFIP o ANSES, no llegaran a cubrir el costo total de la cuota informada por William Hope.

El plan elegido en esta alta es el indicado al pie. La bonificación de la cuota disminuirá cuando el afiliado alcance los 30 y 36 años. A partir de los 65 años rige lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 26.682. Los valores de cuota de los planes se modificarán en función de la cantidad de los integrantes del grupo y de la edad de los mismos.

Los valores actuales del plan elegido, son los mencionados como cuadro A que figura al pie. La diferencia a pagar surgirá de los valores mencionados, menos los aportes que por otras vías pudieran ingresar (aportes y contribuciones, en las personas en relación de dependencia o Monotributo). A modo ilustrativo se estima esa diferencia en el cuadro B.

Para asesoramiento gratuito en la Superintendencia de Serv. de Salud comunicarse al teléfono 0800-222-SALUD (72583).- Ley C.A.B.A 1997.

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 Cuadro B 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

 (+54 11) 4815-0747 (rotativas)  obrasocial@whope.com.ar  www.whope.com.ar

Obra Social E. William Hope
Personería Jurídica - Resol. IGJ Nro 0084 del 24/03/1972 - Reg. Nac. Nro 4-0190-2 del 01/11/1980
Av. Córdoba 1245 - Piso 5 (C1055AAD) C.A.B.A.