



SOLICITUD DE ADMISIÓN N°

Buenos Aires _____ de 20_____.

Solicito el ingreso como afiliado ENSALUD S.A en su Línea _____

Plan: _____ Personas en Grupo Familiar: _____ Cuota Inicial: _____

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres: _____

Consumidor de orden: _____

Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____

Documento (tipo y Nro.) _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA

Calle: _____

Puerta Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____

E-mail: _____

SOLICITUD DE ANTIGÜEDAD

¿Proviene de otra institución de Medicina Prepaga? SI NO

¿Cuál? _____ Desde: _____ Hasta: _____

¿Tiene obra social? SI NO

¿Cuál? _____

¿Derivará aportes con su recibo de sueldo? SI NO

¿Entrega copia de recibo de sueldo? SI NO

Aporte por recibo Diferencia a abonar

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

	Apellido y Nombres	Doc. Tipo y Número	Fecha de Nac.	Parentesco
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

FORMA DE PAGO

T.Crédito Débito Aut Pago Fácil En Sucursal

DOMICILIO DE FACTURACIÓN

Calle: _____

Puerta Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____

Tipo de Factura A / B _____ Consumidor Final: _____

CUIT _____

Declaro que la información suministrada es exacta y que estoy en conocimiento, que cualquier error u omisión puede causar el rechazo de la presente solicitud y/o la baja en forma inmediata conforme reglamento, como así también haber leído detenidamente en su totalidad las condiciones de la cobertura, modalidad, la utilización de los servicios y haber recibido la documentación vigente: Reglamento General, Reglamento del Plan y Cuadro de Beneficios.

La suscripción de la presente solicitud así como su recepción por parte de ENSALUD S.A; no implica ni formulación, ni aceptación de la oferta por parte de ninguno de los firmantes.

Fecha

Firma y Aclaración del Titular

D.N.I del Titular

Nombre y apellido del Asesor.

Firma

Nombre y apellido del Supervisor

Firma

ENSALUD S.A. cumple con todas las normativas establecidas por la Ley 26682 y sus decretos modificatorios. En virtud de ello y de acuerdo a lo establecido en el Art. 9 Punto 2.b de la Ley 26682, ENSALUD S.A. dará de baja a los asociados que hayan FALSEADO LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD En virtud de ello y a fin de evitar estas situaciones, los interesados deberán completar la Declaración Jurada de Salud que se adjunta, sin omitir ninguna ENFERMEDAD PREEXISTENTE que hubiera o estuviese padeciendo alguno de los integrantes del grupo familiar. Se considera enfermedad "Preexistente" a toda enfermedad, que bajo criterios universales de Auditoría Médica se determinase que tuvo su origen con fecha previa a la firma del presente convenio.