



SOLICITUD DE INGRESO

Afiliado N^o _____

DATOS DEL TITULAR/SOLICITANTE

Fecha...../...../.....

Apellido y Nombres _____

Domicilio _____ Localidad _____ Telef. _____

Domicilio de cobro _____ Doc. _____ N^o _____

Estado Civil _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Actividad _____

Solicitud de incorporación Grupo Familiar

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO O VÍNCULO	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
<u>1-</u>			
<u>2-</u>			
<u>3-</u>			
<u>4-</u>			
<u>5-</u>			
<u>6-</u>			
<u>7-</u>			
<u>8</u>			

Tipo de Plan

() P.A.Vida – () P.A.Plus – () Otros.

CUOTA INDIVIDUAL \$..... GRUPO FAMILIAR \$..... PERSONAS.....

Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada por quien suscribe el formulario. Cualquier falsedad comprobada por la Asoc. Mutual de la Costa Sudeste, dará derecho a cancelar el contrato en forma automática.

PROMOTOR _____

Antecedentes Clínico Médico

Titular

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

.....

Firma, aclaración y Doc. De Identidad

NOTA

Las carencias y coberturas de cada prestación serán respetadas de acuerdo a lo establecido en los distintos planes.

Los planes Básico y/u odontológico, no cubren cirugías ni internación.

Prótesis y Órtesis no serán cubiertos.

Cirugías con preexistencia alguna a la fecha de la afiliación no serán reconocidas por la empresa en ningún plan.

Médico a domicilio, emergencias médicas y enfermería serán cubiertos para todo afiliado de Necochea y Quequén.

Pasado 60 días de mora (2 meses impagos) en la cuota correspondiente, la Empresa tendrá derecho a suspender el presente contrato, independiente que el afiliado deberá abonar las cuotas causales de la suspensión del mismo.

Los afiliados que tengan mora en el pago de cuotas, tendrán que respetar las prestaciones desde el momento que pongan su cuota al día.