

Fecha

Remito N°

Socio N°

Plan \$

ALTA MODIFICACIÓN

TIPO DE PLAN

COMPLETAR POR EL SOLICITANTE DE PUÑO Y LETRA (IMPRESA MAYÚSCULA)

1. DATOS CONTRACTUALES

Segmento	Cliente Individual	Por Empresa	Obra Social
	O.S. Sindicales <input type="checkbox"/>	O.S. Sindicales <input type="checkbox"/>	Empresa

2. DATOS DEL SOLICITANTE/TITULAR

PASA A GRUPO FAMILIAR: SI NO

DOCUMENTO - Tipo: DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	N°	Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apellidos	Nombres	
Fecha de Nacimiento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad
Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO PARTICULAR	Calle	Número
		Piso
	Depto.	Código Postal
Localidad	Provincia	País
Teléfono	Celular	E-mail
DOMICILIO CORRESPONDENCIA	Calle	Número
		Piso
	Depto.	Código Postal
Localidad	Provincia	País
Teléfono	Celular	E-mail
Cobertura Anterior / O.S.: Nombre	Plan Cobertura anterior	Antigüedad
¿Fue o es Socio de MediMás? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Socio	Motivo de la desvinculación
CUIT <input type="checkbox"/> CUIL <input type="checkbox"/>	N°	

3. DATOS LABORALES

IDENTIFICACIÓN EMPRESA/OBRA SOCIAL

N°

Ocupación/Profesión	Autónomo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relación de dependencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Razón social empresa 1	CUIT empresa 1	Remuneración bruta \$
DOMICILIO - Calle	Tel.	Número
		Piso
	Depto.	Cód. Postal
Razón social empresa 2	CUIT empresa 1	Remuneración bruta \$
DOMICILIO - Calle	Tel.	Número
		Piso
	Depto.	Cód. Postal
Costo Plan	Aporte Total	Diferencia a Pagar
Socio que suma aporte <input type="checkbox"/>	N° de CUIT	Obra Social
Razón social Empresa 1	N° de CUIT	Remuneración bruta \$
Razón social Empresa 2	N° de CUIT	Remuneración bruta \$

4. DATOS GRUPO FAMILIAR

Viene de Titular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1 Parentesco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2 Parentesco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3 Parentesco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4 Parentesco <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apellido				
Nombre				
Tipo de Documento	DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
Tipo de Parentesco				
N° de Documento				
Fecha de Nacimiento				
Nacionalidad				
Sexo	FEM. <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/>	FEM. <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/>	FEM. <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/>	FEM. <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/>
Actividad/Profesión				
Certificado de Estudios	Presentó SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presentó SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presentó SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presentó SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firmas				

5. MOTIVOS DE ALTA

Nombre Promotor	Firma	Aclaración
-----------------	-------	------------

La presente solicitud de afiliación como así también los antecedentes de salud revisten de carácter de declaración jurada. A.M.FARM. (MEDIMÁS) se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado, de hacerlo no se verá obligado a cubrir enfermedades congénitas y/o preexistentes al ingreso, como así también actuar conforme a las normas vigentes en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.	Continúa en Solicitud N°
	Fecha vigencia
Firma y Aclaración Titular	
Firma y Aclaración Promotor	Área Administrativa ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> N° Remito
	Motivo
	Firma y Aclaración Área Administrativa
	Firma y Aclaración Administración de Socios

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE SERVICIO A.M.FARM. (MEDIMÁS)

Artículo 1: Será considerado socio toda persona que haya cumplimentado la solicitud de ingreso de acuerdo a los plazos y condiciones establecidas en la ley 23660/88.

Artículo 2: Los derechos y obligaciones de A.M.FARM. (MEDIMAS), en adelante la mutual, y sus asociados se regirán por lo dispuesto en el presente reglamento y las modificaciones que se incorporen en el futuro siendo los beneficios ofrecidos únicamente los establecidos en el mismo.

Artículo 3: La mutual cubrirá únicamente las prestaciones médicas que se detallan en el Anexo I, el cual forma parte integrante del presente. Asimismo, dichas prestaciones serán cubiertas por medio de los prestadores, y en los centros de atención, que se encuentran detallados en la Cartilla de Prestadores, la cual podrá sufrir futuras modificaciones las cuales se encontrarán publicadas en el sitio web www.medimas.org.ar, oportunamente.

Artículo 4: La mutual en ningún caso prestará servicios en forma directa, sino a través de terceros. Queda debidamente aclarado que su obligación consiste en cubrir las prestaciones detalladas en el Anexo I en la forma y modalidades acordadas.

Artículo 5: El asociado recibirá las prestaciones comprometidas exclusivamente a través de los prestadores que la mutual contrate a tales efectos. En caso que el asociado prescindiera de los prestadores de Medimás, contratando las prestaciones cubiertas sin el conocimiento y sin la autorización del mismo, deberá tomar a su cargo el pago de cualquier suma adeudada por tales conceptos.

Artículo 6: Pago de cuotas. El asociado titular se obliga a abonar la cuota mensual que establecerá la mutual debiendo la misma ser abonada del 1 al 15 de cada mes por adelantado, y en la forma y domicilio que con carácter general o particular determine la empresa. Esta cuota podrá ser actualizada por la mutual teniendo en cuenta los aumentos en los costos de prestación y gastos de administración que eventualmente se produjeran. Cabe aclarar que de producirse un futuro aumento de la cuota el afiliado deberá abonar la diferencia en el caso de que su aporte no cubra dicho valor.

Artículo 7: La falta de pago de la cuota y/o aportes de acuerdo al artículo anterior, hará incurrir al afiliado en mora automática, pudiendo la mutual suspender los servicios. La mutual tendrá derecho a dar por resuelto el presente convenio y reclamar los daños y perjuicios sufridos, sin que el asociado tenga derecho alguno a solicitar el reintegro de cuotas abonadas y/o gastos. Para asociarse nuevamente, será considerado como un nuevo asociado, con todos los derechos, y obligaciones existentes. La mutual podrá optar por exigir judicialmente el cumplimiento del presente convenio y reclamar los daños y perjuicios sufridos. Las sumas adeudadas podrían ser reclamadas mediante el procedimiento previsto en el art. 230 ss. y conc. del C.P.C.M. con la sola presentación del presente, que constituye título ejecutivo suficiente.

Artículo 8: Extensión de la cobertura. No serán cubiertas las prestaciones que no estén expresamente comprendidas en el Anexo I.

Artículo 9: La mutual podrá modificar el contenido de los Anexos I y la Cartilla de Prestadores, es decir, nómina de prestaciones cubiertas y nóminas de prestadores, con causa fundada.

Artículo 10: Las prestaciones serán cubiertas en el territorio de la Provincia de Mendoza exclusivamente.

Artículo 11: El asociado, al momento de ingresar, deberá denunciar en la encuesta las patologías previas que padezca, sin falsear la información ni omitir los mismos.

Artículo 12: El presente contrato tiene validez por un año, renovable automáticamente salvo que una de las partes notifique a la otra con no menos de 60 días de anticipación a la decisión de rescindirlo por escrito, teniendo su cuota al día.

Artículo 13: serán válidas todas las notificaciones, judiciales y extrajudiciales, en los domicilios denunciados a continuación.

A.M.FARM.(MEDIMAS):.....

ASOCIADO:.....

Las partes se someten voluntariamente por cualquier cuestión judicial que pudiera suscitarse a la competencia de los Tribunales de la Provincia de Mendoza, renunciando a cualquier otro fuero, jurisdicción o competencia que pudiera corresponderles.

Mendoza.....de 20.....

Declaro conocer las condiciones generales del servicio A.M.FARM. (MEDIMAS).

.....
BENEFICIARIO TITULAR

.....
CONYUGE

.....
POR A.M.FARM.