

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SISTEMA DE COBERTURA MÉDICA

TIPO DE TRAMITE:		Alta:		Ваја:	Pase de Plan:							
Fecha de expedición del Título: Fecha Colegiado: Nº Matrícula:												
	1 cond cologiduo.											
П	DI ANEO DE ODONTOLOGO ANÉVIRA OLIVA											
	PLANES DE ODONTOLOGOS: Máxima Cobertura											
	DATO CDEL TITUL AD											
	DATOSDELTITULAR Número:											
1	Apellido y nombres:											
	Nacionalidad:				*							
		Cód. interno	Nº		*Cód. i	nterno						
		Cód. interno	Estado Civil:		*Cóc	d. interno						
	Fecha de nacimiento:	ou, interno	Edad:		000	a. Interno						
	Domicilio:											
	Localidad:		*Cóc	d. interno								
	Localidad: Partido: *cód. interno Código postal: Teléfono:											
	Correo electrónico:											
	Domicilio correspondencia:											
	DATOS DEL ADHERE	NTE A	INCORPOR	AR								
2	Apellido y nombres:					ORDEN						
	Nacionalidad:		NIO		*Cód. ir	nterno						
	Documento: tipo *cód. interno Nº Sexo: F M *cód. interno Estado Civil: *cód. interno											
	Sexo: F M *c Fecha de nacimiento:		*Cód. interno									
			Edad:		****							
	Parentesco: *Cód. interno Domicilio:											
	Localidad: Partido: *Cód. interno											
	Código postal: Teléfono:											
3												
	Apellido y nombres:		*N° ORDEN									
	Nacionalidad: Documento: tipo *c		*Cód. interno									
	· ·		*Cód. interno									
	Fecha de nacimiento:	ód. interno	Estado Civil: Edad:		Cod	. Interno						
	Parentesco: *Cód. interno											
	Domicilio:				Coa	. IIIEIIIO						
	Localidad:		Partido:		*Cód	. interno						
	Código postal:		fono:		000	. memo						
- 1	- Sange Petran.											

DATOSDEAFILIACION						
Fecha de Alta:	Vigencia:	Plan:				
Fecha de Baja:	Vigencia:	Motivo:				

D AT O S C O M PL EM E N T AR I O S D E AF I L I AC I O N				
Otra Cobertura Médica:				
Pre-pago:				
Obra Social:				

ANTECEDENTESDESALUD

En caso de no tener enfermedades que declarar, deje los casilleros en blanco. De lo contrario, coloque una en el lugar correspondiente. Si declara algún antecedente, deberá presentar resumen de Historia Clínica.

	1 -Titular	2 - Socio Familiar	3 - Socio Familiar
Cirugías:			
Oftalmología			
Urología			
Aparato Cardiovascular			
Traumatología			
Marcapasos			
Prótesis			
Internaciones:			
Clínicas			
Quirúrgicas			
Psiquiátricas			
Enfermedades congénitas ó hereditarias:			
Detallar:			
Tratamientos:			
Detallar:			

El ingreso de adherentes voluntarios queda supeditado a la aprobación del H. Directorio, quien determinará el valor de la cu ota a abonar; la cual será informada al adherente antes de producirse el alta administrativa.

Los adherentes obligados tendrán 280 días de carencias para parto. Los profesionales matriculados dentro de los 180 días de la expedición del título habilitante quedan exceptuados de toda carencia. Los adherentes voluntarios tendrán 280 días de carencias para la cobertura del embarazo y parto, incluidos aquellos adherentes que ingresen dentro de los 45 días de haber contraído matrimonio.

No será reconocida ninguna de las prestaciones contempladas por el Reglamento de Co.Me.I. cuando las mismas hayan sido originadas por el ejercicio de pruebas deportivas de competición de tipo profesional o, cuando el daño ocasionado fuera provocado intencionalmente por el adherente.

El/los que suscriben la presente solicitud de adhesión, toman conocimiento y prestan expresa conformidad al re specto, que el prestador Co.Me.I., no se encuentra **comprendido ni obligado** en los términos de las leyes 24.901 y 10.592 y sus modificatorias (Régimen Discapacitados) y la Ley 26682, eximiendo por ello a Co.Me.I., de toda responsabilidad correspondiente al cumplimien to de prestaciones emanadas de la indicada normativa, las que a todo evento podrán ser requeridas por el solicitante al Estado nacional y/o provincial.

El afiliado que suscribe la presente adhesión voluntaria al sistema médico asistencial que otorga Co.Me.I., asume la obligac ión de permanencia en el sistema por un plazo mínimo de un (1) año, período durante el cual el afiliado se obliga a abonar las cuotas

respectivas.	La misma	ı adhesión	se renovar	á automáticam	ente si n	o mediare	renuncia	expresa	por p	oarte d	del ac	dherente,	con	una
antelación n	ıínima de 3	30 días a la	a fecha de f	inalización del	período a	anual.								

Autorizo a la Caja a debitar en mi boleta de aportes o liquidaciones de haberes jubilatorios los importes correspondientes a co-pagos de cualquier índole o naturaleza, así como también cualquier otro cargo que pudiera corresponder en razón de la reglamentación vigente.

Declaro bajo juramento que los datos consignados son fiel reflejo de la verdad, asumiendo la responsabilidad por todo error, omisión o falseamiento, prestando plena conformidad a las condiciones de adhesión y a los servicios asistenciales correspondientes al plan solicitado, que manifiesto expresamente conocer y aceptar.

Lugar y Fecha	Firma del Titular	Firma p/ Co.Me.I.						
	INFORMEDEAUDITORIAMEDICA							
Fecha:	Firma y sello del Profesional:							