



DATOS DE AFILIACION		
Fecha de Alta:	Vigencia:	Plan:
Fecha de Baja:	Vigencia:	Motivo:

DATOS COMPLEMENTARIOS DE AFILIACION
Otra Cobertura Médica:
Pre-pago:
Obra Social:

ANTECEDENTES DE SALUD
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
<b>Cirugías:</b>			
Oftalmología			
Urología			
Aparato Cardiovascular			
Traumatología			
Marcapasos			
Prótesis			
<b>Internaciones:</b>			
Clínicas			
Quirúrgicas			
Psiquiátricas			
<b>Enfermedades congénitas ó hereditarias:</b>			
Detallar:			
<b>Tratamientos:</b>			
Detallar:			

El ingreso de adherentes voluntarios queda supeditado a la aprobación del H. Directorio, quien determinará el valor de la cuota 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 respecto, 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 cumplimiento 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 obligación 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 adhesión se renovará automáticamente si no mediare renuncia expresa por parte del adherente, con una antelación mínima de 30 días a la fecha de finalización del período 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.

**I N F O R M E D E A U D I T O R I A M E D I C A**

Fecha:

Firma y sello del Profesional: