SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA — QUALITAS

SOLICITUD DE INGRESO N° 00000000

Completar sólo los campos en blanco

Fecha Ingreso: / /	Fecha Solicitud: / /

Vía Obra Social: Sí ☐ No ☐	Alta ☐ Inclusión ☐	Prepaga:	N° Declaración Jurada de Enfermedades:	N° Asociado:
Obra Social a la que Ingresa:			Cuenta:	Subcuenta:
Tipo de Asociado:	Plan Emp./Tarifa: ☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐		Plan Sup./Tarifa: ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐	

PLANES ADICIONALES

Plan Odontológico: ☐☐☐☐☐☐	Cobertura Internacional: Sí ☐ No ☐	Cobertura Garantizada: Sí ☐ No ☐	Otros:

DATOS ASESOR

Código:	Nombre y Apellido:	Canal de Venta:	Sucursal:
Recibo N°:	Fecha: / /	Cuota:	Cód. Ref:

DOMICILIO DEL ASOCIADO TITULAR

Tipo:	Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:	Ofic.:	C.P.:
Teléfono:	Celular:	País:	Provincia:	Barrio:	Localidad:	
Observación:						

DOMICILIO DE ENVIO DE CREDENCIALES

Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:	Ofic.:	C.P.:
País: / Provincia:	Barrio:	Localidad:			

La constancia del servicio de correo utilizado en el domicilio y/o el correo electrónico proporcionado por el asociado será suficiente prueba de recepción de comunicaciones, credenciales y demás documentación. La cartilla de prestadores de su plan actualizada se encuentra a su disposición y puede ser visitada en el sitio web de Swiss Medical Medicina Privada: www.swissmedical.com.ar

FORMA DE PAGO

☐ Efectivo ☐ CBU ☐ Tarjeta	Número:	Vence:	Banco Emisor:
	Tarjeta:	Titular o Responsable Pagador:	CUIT:

Para acceder a su factura deberá registrarse en nuestra página web **www.swissmedical.com.ar.**

DATOS ASOCIADO TITULAR

Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Tipo y N° de Doc.:		
Fecha de Nacim.: / /	Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Email:	
CUIL:	Profesión:	Cargo:	N° Ex Socio:		
Condic. IVA:	Tipo IIBB:	IIBB:	Tiempo de Espera: ☐☐ ☐☐ ☐☐		

DESREGULACION

Vigencia desde:	Sistema Derivación:	Empresa:	CUIT.:	N° Legajo:
Fecha Inicio Laboral: / /	Sueldo Bruto:	Aporte Estimado:	Obra Social Origen:	N° Formulario:

OTRAS EMPRESAS EN LAS QUE TRABAJA

Empresa:	CUIT:	N° Legajo:	Sueldo Bruto:	Fecha Inicio Laboral: / /

DATOS GRUPO FAMILIAR

2° Parentesco:	Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Edad:	
Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.: / /	Nacionalidad:	Email:	Estado Civil:	
Tipo de Aportante:	CUIL:	Profesión:	Empresa:	CUIT Empresa:	
Sueldo Bruto:	Aporte Estimado:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempo de Espera: ☐☐ ☐☐ ☐☐
3° Parentesco:	Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Edad:	
Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.: / /	Nacionalidad:	Email:	Estado Civil:	
Tipo de Aportante:	CUIL:	Profesión:	Empresa:	CUIT Empresa:	
Sueldo Bruto:	Aporte Estimado:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempo de Espera: ☐☐ ☐☐ ☐☐
4° Parentesco:	Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Edad:	
Tipo y N° de Doc.:	Fecha de Nacim.: / /	Nacionalidad:	Email:	Estado Civil:	
Tipo de Aportante:	CUIL:	Profesión:	Empresa:	CUIT Empresa:	
Sueldo Bruto:	Aporte Estimado:	O. Social: Sí ☐ No ☐	Suma Aportes: Sí ☐ No ☐	N° Ex Socio:	Tiempo de Espera: ☐☐ ☐☐ ☐☐

TIEMPOS DE ESPERA CONFORME PUNTO 12.1 DEL REGLAMENTO

Antiguedad desde	Comienza atención	30 días	90 días	180 días	330 días	360 días	540 días
/	/	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

Seguro Médico Anterior:	Desde: / /	Hasta: / /	Observaciones:
Descuento:	Hasta:		

EMPRESA CONTRATANTE DEL BENEFICIO

Razón social:	CUIT:
Otras observaciones:	

Declaro conocer/aceptar y comprender las condiciones de afiliación enunciadas en el reglamento general y anexo correspondiente al plan recibido en este acto.
Por la presente se le informa que Swiss Medical S.A. evaluará los datos requeridos en la solicitud de ingreso y en la declaración jurada de enfermedades con la finalidad de expresar su decisión con relación a la oferta cursada para la contratación de sus servicios. Si bien las respuestas al cuestionario son voluntarias, su omisión y/o inexactitud puede impedir, sin más, la aceptación de la solicitud por Swiss Medical S.A. Los datos serán almacenados en la base de datos de Swiss Medical S.A. (sita en la calle 25 de mayo 264, Ciudad de Buenos Aires) y resguardados según sus políticas de seguridad. La suscripción de la presente importará a autorizar a Swiss Medical S.A. y a sus sociedades controlantes, controladas y vinculadas a utilizar los datos no sensibles en campañas de promoción de sus productos o servicios. Por último, se deja constancia que el solicitante tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326). ☐ No Autorizo.

En cumplimiento de la Disposición N° 10/08 DNPDP le hacemos saber que: El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.
La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Firma Asociado Titular _____ Aclaración _____

Declaro que la siguiente solicitud ha sido enteramente leída y firmada por el solicitante en mi presencia. **Firma y aclaración del Asesor** _____

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ORGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - RNEMP N°: 1332