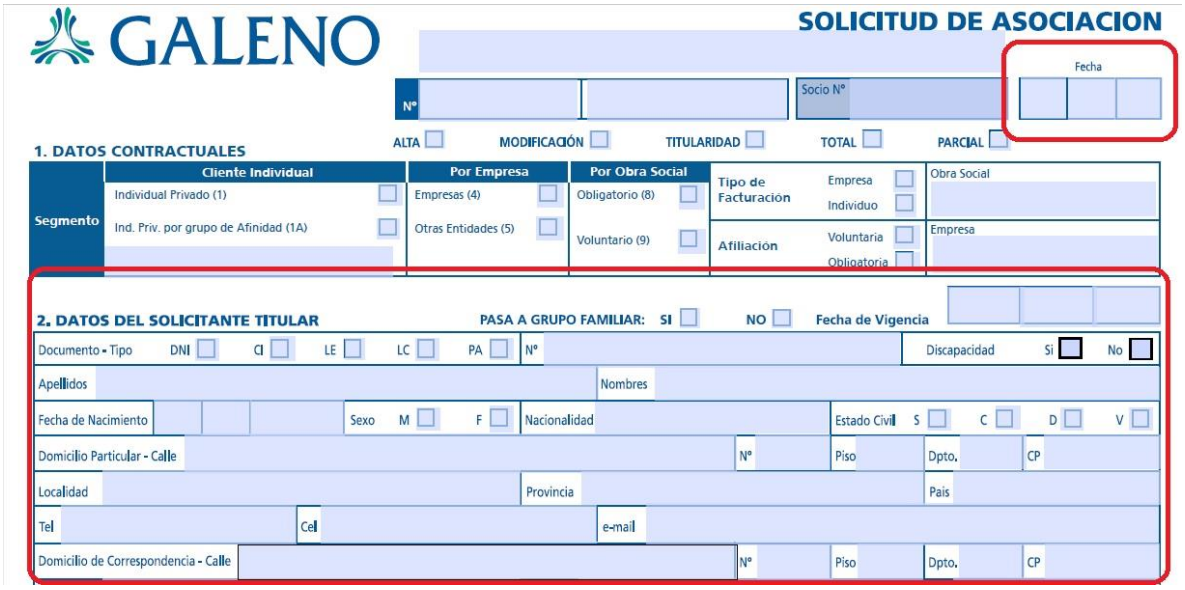
SOLICITUD DE ASOSIACION Y DECLARACION JURADA



GALENO

SOLICITUD DE ASOCIACION

Fecha

Nº | Socio Nº

1. DATOS CONTRACTUALES

ALTA ☐ MODIFICACIÓN ☐ TITULARIDAD ☐ TOTAL ☐ PARCIAL ☐

Segmento	Cliente Individual	Por Empresa	Por Obra Social			
	Individual Privado (1) ☐	Empresas (4) ☐	Obligatorio (8) ☐	Tipo de Facturación	Empresa ☐ Individuo ☐	Obra Social
	Ind. Priv. por grupo de Afinidad (1A) ☐	Otras Entidades (5) ☐	Voluntario (9) ☐	Afiliación	Voluntaria ☐ Obligatoria ☐	Empresa

2. DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR — PASA A GRUPO FAMILIAR: SI ☐ NO ☐ — Fecha de Vigencia

Documento - Tipo DNI ☐ CI ☐ LE ☐ LC ☐ PA ☐ Nº — Discapacidad SI ☐ No ☐

Apellidos — Nombres

Fecha de Nacimiento — Sexo M ☐ F ☐ — Nacionalidad — Estado Civil S ☐ C ☐ D ☐ V ☐

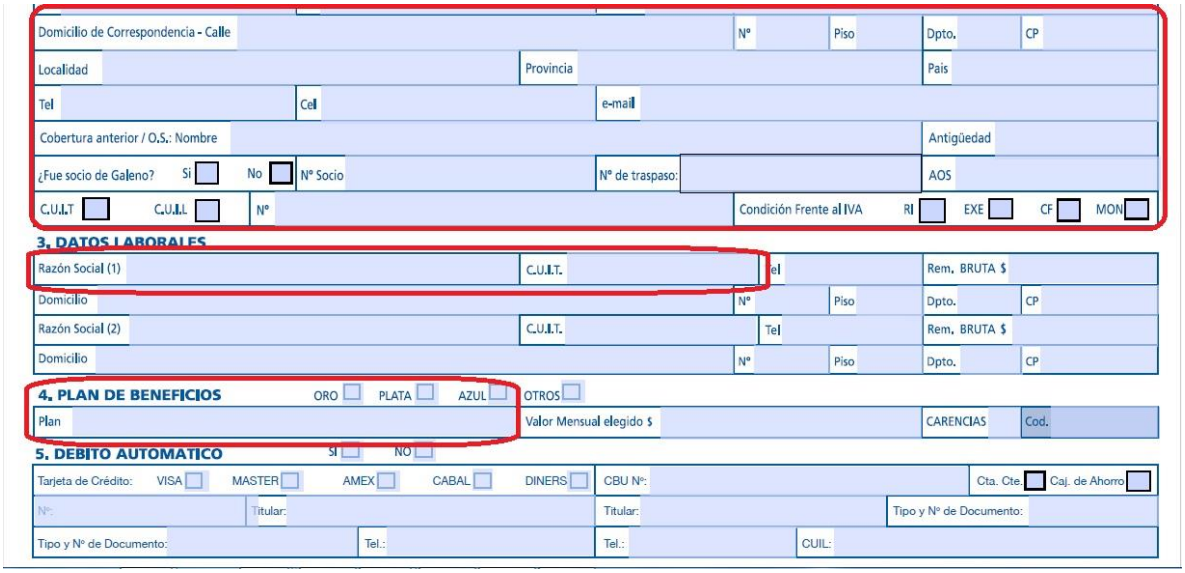
Domicilio Particular - Calle — Nº — Piso — Dpto. — CP

Localidad — Provincia — Pais

Tel — Cel — e-mail

Domicilio de Correspondencia - Calle — Nº — Piso — Dpto. — CP

1) DEBEN COMPELTAR LA FECHA
2) TODOS LOS DATOS DEL TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR, INCLUYENDO DOMICILIO,TELEFONO Y MAIL.



Domicilio de Correspondencia - Calle — Nº — Piso — Dpto. — CP

Localidad — Provincia — Pais

Tel — Cel — e-mail

Cobertura anterior / O.S.: Nombre — Antigüedad

¿Fue socio de Galeno? Si ☐ No ☐ — Nº Socio — Nº de traspaso: — AOS

C.U.I.T ☐ C.U.I.L ☐ — Nº — Condición Frente al IVA RI ☐ EXE ☐ CF ☐ MON ☐

3. DATOS LABORALES

Razón Social (1) — C.U.I.T. — Tel — Rem. BRUTA $

Domicilio — Nº — Piso — Dpto. — CP

Razón Social (2) — C.U.I.T. — Tel — Rem. BRUTA $

Domicilio — Nº — Piso — Dpto. — CP

4. PLAN DE BENEFICIOS — ORO ☐ PLATA ☐ AZUL ☐ OTROS ☐

Plan — Valor Mensual elegido $ — CARENCIAS — Cod.

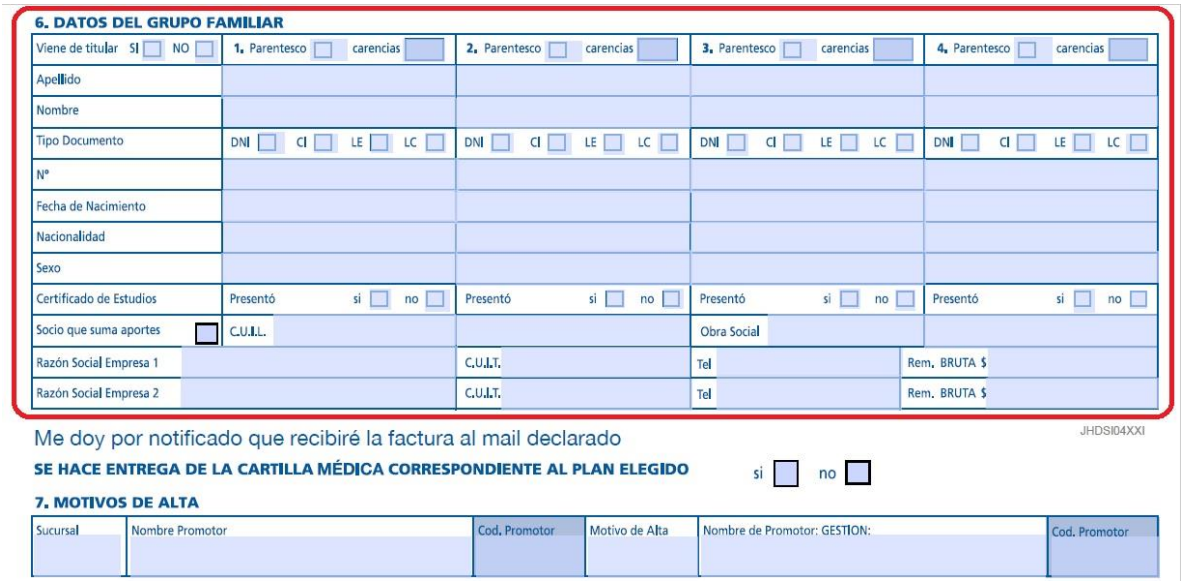
5. DEBITO AUTOMATICO — SI ☐ NO ☐

Tarjeta de Crédito: VISA ☐ MASTER ☐ AMEX ☐ CABAL ☐ DINERS ☐ — CBU Nº: — Cta. Cte. ☐ Caj. de Ahorro ☐

Nº: — Titular: — Titular: — Tipo y Nº de Documento:

Tipo y Nº de Documento: — Tel.: — Tel.: — CUIL:

3) EN LOS DATOS LABORALES, PONER EL NOMBRE DE LA EMPRESA Y CUIT
4) INDICAR EL PLAN



6. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Viene de titular SI NO	1. Parentesco carencias	2. Parentesco carencias	3. Parentesco carencias	4. Parentesco carencias
Apellido				
Nombre				
Tipo Documento	DNI CI LE LC	DNI CI LE LC	DNI CI LE LC	DNI CI LE LC
N°				
Fecha de Nacimiento				
Nacionalidad				
Sexo				
Certificado de Estudios	Presentó si no	Presentó si no	Presentó si no	Presentó si no
Socio que suma aportes	C.U.I.L.		Obra Social	
Razón Social Empresa 1		C.U.I.T.	Tel	Rem. BRUTA $
Razón Social Empresa 2		C.U.I.T.	Tel	Rem. BRUTA $

JHDSI04XXI

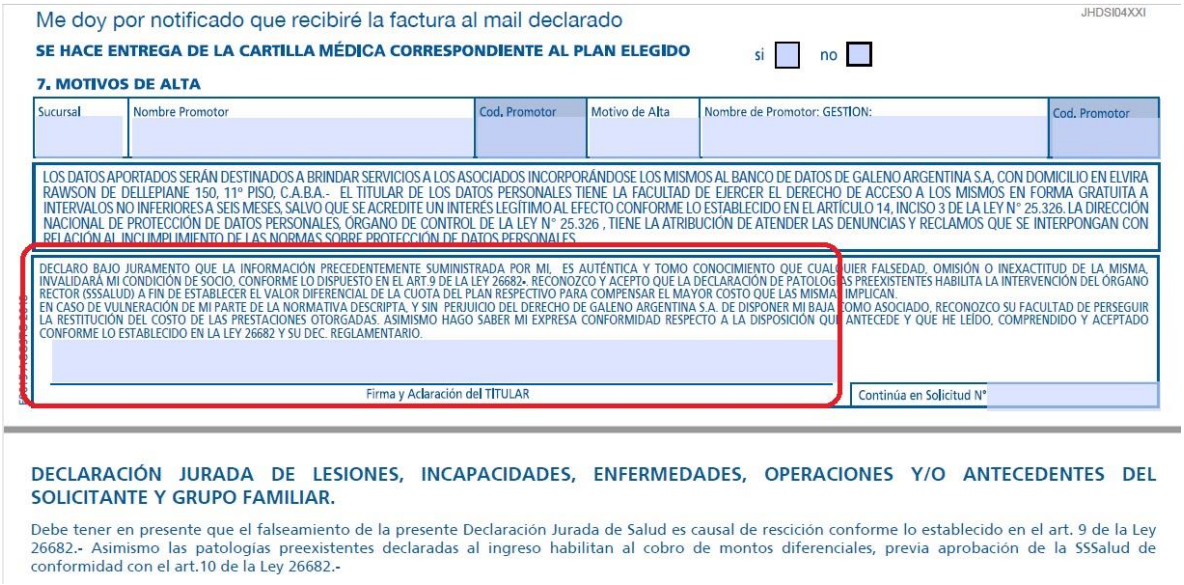
Me doy por notificado que recibiré la factura al mail declarado

SE HACE ENTREGA DE LA CARTILLA MÉDICA CORRESPONDIENTE AL PLAN ELEGIDO si ☐ no ☐

7. MOTIVOS DE ALTA

Sucursal	Nombre Promotor	Cod. Promotor	Motivo de Alta	Nombre de Promotor: GESTION:	Cod. Promotor

5) SI TIENE GRUPO FAMILIAR, DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS CON CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.



JHDSI04XXI

Me doy por notificado que recibiré la factura al mail declarado

SE HACE ENTREGA DE LA CARTILLA MÉDICA CORRESPONDIENTE AL PLAN ELEGIDO si ☐ no ☐

7. MOTIVOS DE ALTA

Sucursal	Nombre Promotor	Cod. Promotor	Motivo de Alta	Nombre de Promotor: GESTION:	Cod. Promotor

LOS DATOS APORTADOS SERÁN DESTINADOS A BRINDAR SERVICIOS A LOS ASOCIADOS INCORPORÁNDOSE LOS MISMOS AL BANCO DE DATOS DE GALENO ARGENTINA S.A, CON DOMICILIO EN ELVIRA RAWSON DE DELLEPIANE 150, 11° PISO, C.A.B.A.- 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 DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN 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.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTEMENTE SUMINISTRADA POR MI, ES AUTÉNTICA Y TOMO CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER FALSEDAD, OMISIÓN O INEXACTITUD DE LA MISMA, INVALIDARÁ MI CONDICIÓN DE SOCIO, CONFORME LO DISPUESTO EN EL ART.9 DE LA LEY 26682.- RECONOZCO Y ACEPTO QUE LA DECLARACIÓN DE PATOLOGÍAS PREEXISTENTES HABILITA LA INTERVENCIÓN DEL ÓRGANO RECTOR (SSSALUD) A FIN DE ESTABLECER EL VALOR DIFERENCIAL DE LA CUOTA DEL PLAN RESPECTIVO PARA COMPENSAR EL MAYOR COSTO QUE LAS MISMAS IMPLICAN.
EN CASO DE VULNERACIÓN DE MI PARTE DE LA NORMATIVA DESCRIPTA, Y SIN PERJUICIO DEL DERECHO DE GALENO ARGENTINA S.A. DE DISPONER MI BAJA COMO ASOCIADO, RECONOZCO SU FACULTAD DE PERSEGUIR LA RESTITUCIÓN DEL COSTO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS. ASIMISMO HAGO SABER MI EXPRESA CONFORMIDAD RESPECTO A LA DISPOSICIÓN QUE ANTECEDE Y QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA LEY 26682 Y SU DEC. REGLAMENTARIO.

Firma y Aclaración del TITULAR

Continúa en Solicitud N°

DECLARACIÓN JURADA DE LESIONES, INCAPACIDADES, ENFERMEDADES, OPERACIONES Y/O ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE Y GRUPO FAMILIAR.

Debe tener en presente que el falseamiento de la presente Declaración Jurada de Salud es causal de rescición conforme lo establecido en el art. 9 de la Ley 26682.- Asimismo las patologias preexistentes declaradas al ingreso habilitan al cobro de montos diferenciales, previa aprobación de la SSSalud de conformidad con el art.10 de la Ley 26682.-

6) FIRMA Y ACLARACION DEL TITULAR

DECLARACIÓN JURADA DE LESIONES, INCAPACIDADES, ENFERMEDADES, OPERACIONES Y/O ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE Y GRUPO FAMILIAR.

Debe tener en presente que el falseamiento de la presente Declaración Jurada de Salud es causal de rescición conforme lo establecido en el art. 9 de la Ley 26682.- Asimismo las patologías preexistentes declaradas al ingreso habilitan al cobro de montos diferenciales, previa aprobación de la SSSalud de conformidad con el art.10 de la Ley 26682.-

El presente cuestionario debe ser completado por el solicitante declarando tanto las enfermedades y circunstancias de salud propias como también del grupo familiar a asociar.
Para ello dispone de 5 columnas: "T" para el titular y del "1" al "4" para los miembros del grupo. El carácter orientativo y no limitado de esta declaración no exime al declarante de informar otros antecedentes no incluidos en el cuestionario. Marcar con una cruz en los casilleros correspondientes si la respuesta es afirmativa o negativa.

JHDSI04XXI

Nº	Cuestionario	T		1		2		3		4	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
1)	¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido:										
a)	afecciones congénitas y hereditarias. Discapacidades o defectos físicos?										
	En caso de respuesta afirmativa marque la que corresponda:										
	Fabry										
	Goucher										
	Pompe										
	Otras										
b)	afecciones de nariz, oído y/o garganta?										
c)	afecciones de mamas?										
d)	afecciones pulmonares y de las vías respiratorias?										
e)	afecciones renales, vejiga, prostáticas, genitales, enfermedades transmisibles sexualmente u otras similares?										
f)	afecciones ginecológicas y obstétricas?										
	Está usted embarazada?										
	FUM										
	Usted presenta un ciclo menstrual regular?										
g)	afecciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, hepatitis?										
h)	enfermedades inmunológicas y/o degenerativas, HIV (+), SIDA o síntomas relacionados con el SIDA?										
i)	afecciones de la piel?										
j)	afecciones visuales, desprendimientos de retina, glaucoma u otras similares?										
k)	afecciones hematológicas anemia, leucemia, linfomas, ganglios, cáncer, tumores u otras similares?										

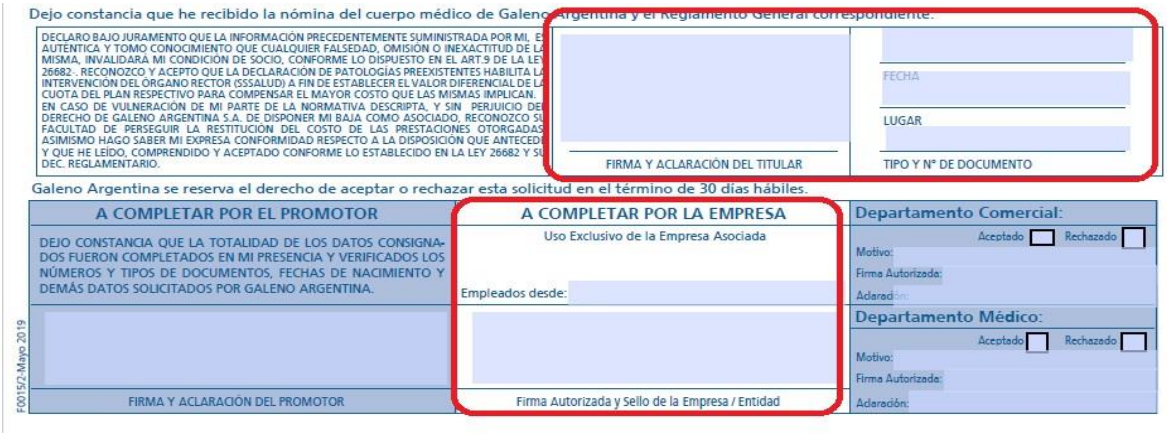
7) Deben completar TODOS los puntos de la ddjj
8) Tienen que estar los datos del titular como los del grupo familiar. La T indica al titular y 1,2,3,4 es para los integrantes del grupo.
9) Si hay alguna mujer deben indicar el FUM (FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION)

l)	diabetes, gota, alteraciones tiroideas u otras endocrinopatías?										
m)	afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, angina, infartos, arritmias, soplos u otras similares?										
n)	afecciones musculares y de los huesos, columna, cadera, rodilla, artrosis, osteoporosis, artritis?										
o)	antecedentes neurológicos, psiquiátricos, alcoholismo, drogadicción, convulsiones, parálisis, intentos de suicidio?										
	Está Ud. En tratamiento actualmente?										
	En caso de respuesta afirmativa marque la que corresponda:										
	Psicoterapia										
	Psicofármacos:										
	Internaciones Psiquiátricas:										
	Abuso/dependencia de sustancias:										
p)	obesidad, anorexia, bulimia u otros trastornos de la alimentación?										
	Peso (Kg) ..... Altura (Mts) ..... (1) Peso ..... Altura ..... / (2) Peso ..... Altura ..... / (3) Peso ..... Altura ..... / (4) Peso: ..... Altura										
2)	¿Tuvo Ud. algún integrante de su grupo familiar intervenciones quirúrgicas y/o accidentes?										
3)	¿Está Ud. o algún integrante de su grupo familiar bajo control o tratamiento médico actualmente o ha estado en los últimos 6 meses										
4)	¿Ha visto a un médico o tomó algún medicamento en los últimos 6 meses?										
5)	Otros antecedentes										

Ante una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas que anteceden, detalle por favor (enfermedad, fecha, medicamento, tratamiento y secuela) en el espacio OBSERVACIONES / COMENTARIOS DEL SOLICITANTE.
En el caso de no padecer ninguna de las patologías enunciadas anteriormente, o cualquier otra, consignar esta circunstancia en el espacio de OBSERVACIONES / COMENTARIOS DEL SOLICITANTE, y cruzar el cuestionario en forma completa.
La recepción de esta Declaración Jurada no significa el reconocimiento de Galeno Argentina S.A. de ninguna de las lesiones, incapacidades y/o antecedentes que se declaren.

OBSERVACIONES / COMENTARIOS DEL SOLICITANTE

10) COMPLETAR PESO Y ALTURA DE TODOS LOS INTEGRANTES
11) SI INDICAN EN ALGUNO DE LOS PUNTOS QUE SI, DEBEN AMPLIAR LA INFORMACION EN LA PARTE DE OBSERVACIONES


Dejo constancia que he recibido la nómina del cuerpo médico de Galeno Argentina y el Reglamento General correspondiente.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTEMENTE SUMINISTRADA POR MI, ES AUTÉNTICA Y TOMO CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER FALSEDAD, OMISIÓN O INEXACTITUD DE LA MISMA, INVALIDARÁ MI CONDICIÓN DE SOCIO, CONFORME LO DISPUESTO EN EL ART.9 DE LA LEY 26682 . RECONOZCO Y ACEPTO QUE LA DECLARACIÓN DE PATOLOGÍAS PREEXISTENTES HABILITA LA INTERVENCIÓN DEL ÓRGANO RECTOR (SSSALUD) A FIN DE ESTABLECER EL VALOR DIFERENCIAL DE LA CUOTA DEL PLAN RESPECTIVO PARA COMPENSAR EL MAYOR COSTO QUE LAS MISMAS IMPLICAN. EN CASO DE VULNERACIÓN DE MI PARTE DE LA NORMATIVA DESCRIPTA, Y SIN PERJUICIO DEL DERECHO DE GALENO ARGENTINA S.A. DE DISPONER MI BAJA COMO ASOCIADO, RECONOZCO SU FACULTAD DE PERSEGUIR LA RESTITUCIÓN DEL COSTO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS. ASIMISMO HAGO SABER MI EXPRESA CONFORMIDAD RESPECTO A LA DISPOSICIÓN QUE ANTECEDE Y QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA LEY 26682 Y SU DEC. REGLAMENTARIO.

FECHA

LUGAR

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Galeno Argentina se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud en el término de 30 días hábiles.

A COMPLETAR POR EL PROMOTOR	A COMPLETAR POR LA EMPRESA	Departamento Comercial:
DEJO CONSTANCIA QUE LA TOTALIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS FUERON COMPLETADOS EN MI PRESENCIA Y VERIFICADOS LOS NÚMEROS Y TIPOS DE DOCUMENTOS, FECHAS DE NACIMIENTO Y DEMÁS DATOS SOLICITADOS POR GALENO ARGENTINA.	Uso Exclusivo de la Empresa Asociada Empleados desde:	Aceptado ☐ Rechazado ☐ Motivo: Firma Autorizada: Aclaración:
		Departamento Médico:
		Aceptado ☐ Rechazado ☐ Motivo: Firma Autorizada: Aclaración:
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROMOTOR	Firma Autorizada y Sello de la Empresa / Entidad	

F0015/2-Mayo 2019

12) FIRMA DEL TITULAR Y LA EMPRESA.