

FECHA DE SOLICITUD / /	FECHA DE INGRESO / /	ALTA <input type="checkbox"/>	INCLUSIÓN <input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	Nº ASOCIADO	
OBRA SOCIAL A LA QUE INGRESA	CUIT <input type="checkbox"/>	CUIL <input type="checkbox"/>	Nº		PLAN	TARIFA

DATOS ASOCIADO TITULAR	BARRA	APELLIDO			NOMBRES			
	TIPO DE ASOCIADO: DIRECTO <input type="checkbox"/> EMP. <input type="checkbox"/> O.S. <input type="checkbox"/>			Nº EX-SOCIO		DNI		
	FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD	NACIONALIDAD		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL		
	DOMICILIO REAL CALLE		Nº	PISO	DPTO.	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	
	PROVINCIA	E-MAIL			TELÉFONO			
	DOMICILIO DE COBRANZA CALLE		Nº	PISO	DPTO.	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	
	PROVINCIA	TELÉFONO DE COBRANZA			TELÉFONOS ADICIONALES			
	RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			CUIT DE LA EMPRESA Nº		TELÉFONO EMPRESA		
	Nº EX-SOCIO	SUELDO BRUTO \$	OBRA SOCIAL DE ORIGEN	CÓDIGO	OBRA SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SUMA APORTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL		
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			CUIT DE LA EMPRESA Nº		TELÉFONO EMPRESA			
Nº EX-SOCIO	SUELDO BRUTO \$	OBRA SOCIAL DE ORIGEN	CÓDIGO	OBRA SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SUMA APORTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

DATOS GRUPO FAMILIAR	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		ESTADO CIVIL
	DNI	CUIL Nº	FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		
	DNI	CUIL Nº	FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		
	DNI	CUIL Nº	FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		
	DNI	CUIL Nº	FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	BARRA	PARENTESCO	APELLIDO			NOMBRES		
	DNI	CUIL Nº	FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

DATOS PROMOCIÓN	IMPORTE CUOTA \$	IMPORTE COBRADO \$	RECIBO Nº
	EQUIPO	DESCUENTO	HASTA
	NOMBRE PROMOTOR		
	OBSERVACIONES		
CONTROL (USO INTERNO)	FIRMA		
	RECIBÍÓ	CONTROLÓ	
	APROBÓ		

DECLARO HABER LEÍDO DETENIDAMENTE Y ACEPTAR EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES DE ASOCIACIÓN ENUNCIADAS EN EL REGLAMENTO GENERAL PARA USO DEL SISTEMA Y CARTILLA DE PRESTADORES, RECIBIENDO EN EL ACTO UN EJEMPLAR DE LOS MISMOS.

-----  
FIRMA ASOCIADO TITULAR

-----  
ACLARACIÓN ASOCIADO TITULAR

Solicito ser incorporado en el plan.....de su sistema privado de medicina prepaga, cuyos términos y condiciones surgen de las normas reglamentarias del contrato y del cuadro de beneficios y tiempos de espera (carencias), los que recibo en este acto, tomando conocimiento de las mismas, las acepto y me obligo a su estricto cumplimiento. Asimismo presto conformidad con:

- 1) Que **PRIVAMED S.A.** no se hará cargo del tratamiento de enfermedades y/o lesiones preexistentes, incluso embarazos en curso, salvo que hubieran sido declaradas y aceptadas mediante comunicación expresa y fehaciente por **PRIVAMED S.A.**
- 2) Que el informe personal y la presente solicitud por mí suscriptos revisten el carácter de declaración jurada, y que la ocultación, reticencia u omisión de datos y circunstancias en la solicitud de ingreso o en el informe personal, respecto a enfermedades, dolencias, patologías, tratamientos, estado físico y psíquico, embarazo, y demás antecedentes suministrados por el suscripto, provocará la anulación de toda la vinculación del titular y del grupo familiar, la baja instantánea consecuente y en cualquier momento, y facultará a **PRIVAMED S.A.** a exigirme el reintegro actualizado y con intereses de las prestaciones efectuadas desde la incorporación viciada a tales omisiones, con pérdida de las cuotas abonadas o devengadas.
- 3) La condición del asociado de **PRIVAMED S.A.** se efectivizará transcurrido un plazo de noventa (90) días, durante el cual se verificarán los datos afiliatorios, la situación administrativa y médica de los solicitantes y/o grupo familiar. La primera cuota será tomada inicialmente como derecho de ingreso, y una vez aceptado se imputará como cuota del mes en curso.
- 4) Que debo abonar en término la cuota mensual según el plan, categoría y personas que incorpore, como así también cualquier otro importe facturado por **PRIVAMED S.A.** a mi cargo o a cargo de cualquier integrante de mi grupo familiar. La mora en el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo se producirá por el mero transcurso del tiempo, en forma automática sin necesidad de interpelación previa. El hecho de incumplir las obligaciones a mi cargo, en reiteradas oportunidades o no, no crea a mi favor ningún tipo de beneficio o derecho, ya que en todos los casos, las presentes normas mantienen su plena vigencia, y las facultades de **PRIVAMED S.A.** permanecen incólumes y sin menoscabo alguno.
- 5) Que el valor de la cuota se determina por el plan seleccionado, las prestaciones, los prestadores, la conformación del grupo, la edad de los integrantes -franja etaria-, los opcionales y los adicionales, y que en caso de modificarse cualquiera de dichos parámetros, el valor de la cuota variará conforme tales modificaciones.
- 6) Que será causa de baja de la vinculación del titular y su grupo familiar, la falta de pago en término de tres (3) cuotas mensuales consecutivas, previa puesta en mora para que en el término de diez (10) días regularice la deuda.
- 7) Que toda modificación reglamentaria y/o de los planes y/o cualquier otra, regirán a partir del momento de su comunicación al titular por medio, entre otras, de circular y/o provisión de nueva cartilla y/o normas reglamentarias; y que comunicada la existencia de tales modificaciones, en caso de no recibirlas, deberé solicitar su entrega.
- 8) Modificación de prestadores, prestaciones y/o planes de cobertura: Que **PRIVAMED S.A.** se reserva el derecho de modificar parcialmente el plantel de prestadores de su cartilla médica, y asimismo cancelar y/o modificar planes de cobertura, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura prevista al momento de mi incorporación. Que tales modificaciones podrán responder, entre otras causas, a: incremento de costos y/o servicios, alta y/o baja de tecnologías y/o prestaciones, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de contratación y/o renovación, cierre, muerte, insolvencia, concurso, quiebra y/o liquidación de los mismos. Que cuando la prestación del servicio fuera mediante Redes, Asociaciones o Colegios de Profesionales, el cese o la variación de los mismos indefectiblemente escapa a la voluntad de **PRIVAMED S.A.** Que las modificaciones se comunicarán al titular con una antelación de treinta (30) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causas ajenas a **PRIVAMED S.A.**, y en caso de no aceptación, podré rescindir la vinculación en la forma dispuesta para la renuncia. (Res. 175/07 SCI).
- 9) Modificación del precio de las cuotas y otros: Que el valor de la cuota y/o coseguros podrá variar sin afectar el equilibrio entre las partes y de acuerdo a lo que autorice la Autoridad de Aplicación, y dependiendo de la franja etaria. Que la inclusión de coseguros en planes o franjas etarias que inicialmente no los contemplaban, lo será conforme lo autorice la Autoridad de Aplicación. Que cualquier bonificación acordada al momento de mi incorporación es por tiempo limitado, y **PRIVAMED S.A.** se reserva el derecho de modificarlas o cancelarlas. Que las variaciones se comunicarán al titular con una antelación de treinta (30) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causas ajenas a **PRIVAMED S.A.**, y en caso de no aceptación, podré rescindir la vinculación en la forma dispuesta para la renuncia. (Res. 175/07 SCI).
- 10) Cambios de plan: Que con antelación no menor a treinta (30) días, podré solicitar el cambio a otro plan de **PRIVAMED S.A.**, quedando a criterio exclusivo de ésta aceptación o no de la solicitud sin invocación de causa; y que en caso de ser aceptada la solicitud, deberé cumplir los tiempos de espera completos para gozar de los beneficios que se amplíen (Ver Cuadro de Tiempos de Espera).
- 11) Subrogación: Que por los gastos derivados de los servicios por prestaciones médicas y/o farmacéuticas de cualquier tipo, subrogo en **PRIVAMED S.A.** todo derecho que corresponda tanto a mí como a un integrante del grupo familiar respecto de terceros responsables de daños causados al titular o miembro del grupo familiar, y por cuyo evento **PRIVAMED S.A.** hubiese brindado atención, y hasta el límite de lo abonado con más intereses.
- 12) Que la asociada titular o integrante de un grupo familiar que quedase embarazada, y que no hubiera previsto inicialmente el beneficio «Maternidad», pasará a una nueva categoría, o un nuevo grupo independiente del anterior, en la categoría «Individual con maternidad» en el carácter de titular, durante el embarazo, y a «Individual con maternidad con 1 hijo», luego del parto, en caso de incorporación del recién nacido. Que dado que el beneficio «Maternidad» no estaba previsto desde el inicio, la cobertura del embarazo, el parto y el plan materno infantil, de corresponder, se llevará a cabo en la forma prevista en el PMO (por derivación de **PRIVAMED S.A.**, con profesionales y entidades habilitadas expresamente al efecto), no siendo de aplicación la Cartilla Médica del plan seleccionado, salvo que, por decisión y a criterio exclusivo de Auditoría Médica, se ofreciese la posibilidad de abonar un arancel adicional a convenir con **PRIVAMED S.A.**, tal lo dispuesto en el Cuadro de Tiempos de Espera. Que en caso de disconformidad la asociada o el responsable de la menor podrán rescindir la vinculación sin costo alguno.
- 13) Que la cobertura de **PRIVAMED S.A.** es por sistema cerrado y se limita exclusivamente a las prestaciones médicas y/o farmacéuticas, especialidades, etc., provistas por los profesionales y/o Instituciones del listado de prestadores actualizado por **PRIVAMED S.A.**, según el alcance del plan seleccionado. Acepto que en el sistema cerrado no se cubren en ningún caso las prestaciones por fuera de la cartilla y/o del plan seleccionado, y en caso de realizarse prestaciones por fuera de la cartilla y/o del plan seleccionado, las consecuencias y los costos de las mismas serán por mi cuenta y cargo, sin excepción.

-----  
FIRMA ASOCIADO TITULAR

-----  
ACLARACIÓN ASOCIADO TITULAR