



SOLICITUD DE INGRESO A INTEGRAL

Fecha Alta / /

Fecha Solicitud: / /

Vía Obra Social:

SI NO

OSPOCE:

☐

Otra: .....

AMCI:

☐

Ing.Directo Int.

☐

Alta:

☐

Inclusión

☐

Pase Prestador:

☐

Nº Ficha médica

Nº Form.SSS

DATOS TITULAR

|                                   |  |                       |  |              |  |                        |  |              |  |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|--------------|--|------------------------|--|--------------|--|
| Apellidos:                        |  |                       |  | Nombres:     |  |                        |  |              |  |
| Fecha Nac.: / /                   |  | Edad:                 |  | CUIL - -     |  | Sexo:                  |  | Sede Desreg. |  |
| Domicilio Particular              |  | Nro.                  |  | Piso         |  | Depto.                 |  | Cod.Postal   |  |
| Calle:                            |  |                       |  |              |  |                        |  |              |  |
| Localidad:                        |  | Nacionalidad:         |  | DNI N°:      |  |                        |  |              |  |
| Tel.Part.:                        |  | Tel. Celular:         |  | Tel Laboral: |  |                        |  |              |  |
| Estado Civil:                     |  | Ex.Afiliado Integral: |  | SI NO        |  | Obra Social de Origen: |  |              |  |
| Empresa en la que trabaja:        |  | CUIT                  |  | - -          |  |                        |  |              |  |
| Fecha Inicio Laboral: / /         |  | Sueldo Bruto: 1)      |  |              |  | Aporte Estimado:       |  |              |  |
| Mail:                             |  |                       |  |              |  |                        |  |              |  |
| Otras Empresas en la que trabaja: |  | CUIT                  |  | - -          |  |                        |  |              |  |
| Fecha Inicio Laboral: / /         |  | Sueldo Bruto: 2)      |  |              |  | Aporte Estimado:       |  |              |  |

Cod. Plan Plan Elegido Cod. LP. Valor del Plan: \$ A Pagar:

DATOS GRUPO FAMILIAR

Cónyuge:

Concubino:

CUIL - -

|                                   |  |                    |  |                  |  |                  |  |                |  |
|-----------------------------------|--|--------------------|--|------------------|--|------------------|--|----------------|--|
| 2) Apellidos:                     |  | Nombres :          |  | Sexo             |  |                  |  |                |  |
| DNI N°:                           |  | Fecha de Nac.: / / |  | Edad:            |  | Nacionalidad:    |  | Unifica: SI NO |  |
| Empresa en la que trabaja:        |  | CUIT               |  | - -              |  |                  |  |                |  |
| Fecha Inicio Laboral: / /         |  | Nro.Form. SSS.     |  | Sueldo Bruto: 1) |  | Aporte Estimado: |  |                |  |
| Otras Empresas en la que trabaja: |  | CUIT               |  | - -              |  |                  |  |                |  |
| Fecha Inicio Laboral: / /         |  | Sueldo Bruto: 2)   |  | Aporte Estimado: |  |                  |  |                |  |
| 3) Parentesco                     |  | Apellidos          |  | Nombres          |  | Sexo             |  | Edad           |  |
| DNI N°:                           |  | Fecha de Nac.: / / |  | Nac:             |  | CUIL             |  | - -            |  |
| 4) Parentesco                     |  | Apellidos          |  | Nombres          |  | Sexo             |  | Edad           |  |
| DNI N°:                           |  | Fecha de Nac.: / / |  | Nac:             |  | CUIL             |  | - -            |  |
| 5) Parentesco                     |  | Apellidos          |  | Nombres          |  | Sexo             |  | Edad           |  |
| DNI N°:                           |  | Fecha de Nac.: / / |  | Nac:             |  | CUIL             |  | - -            |  |

Adhiere a factura vía email? SI NO Débito en Caja de Ahorro: SI NO Débito Automático Visa/Mc/Amex SI NO

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO TARJETA DE CRÉDITO VISA O MASTERCARD

**Titular de la Tarjeta de crédito:**  
Apellido y Nombre: ..... DNI N\* .....  
Tarjeta de Crédito: ..... Nro.: ..... vto.: .....  
El que suscribe, en mi carácter de titular de la tarjeta de crédito, autorizo por la presente a realizar el débito automático mensual de las cuotas de servicio médico ofrecido por OSPOCE al titular de la cobertura y su grupo familiar. La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el establecimiento hasta el vencimiento de la Tarjeta , en tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. Asimismo me comprometo a informar cualquier cambio en el Nro. De tarjeta para la continuidad de los débitos.  
Firma ..... Aclaración: .....

ORIGEN DE VENTAS

|              |               |                               |
|--------------|---------------|-------------------------------|
| Cod.Broker   | Nombre Broker | Nombre y Apellido Promotor    |
| Ospoce Suc.: | AMCI          | Nombre Personal Interviniente |

Completar en caso de Empresa Corporativa:

|             |           |                  |                       |
|-------------|-----------|------------------|-----------------------|
| Empresa:    | CUIT:     |                  |                       |
| Cod.Empresa | Cod. Plan | Nombre del Plan: | Cod. Lista de Precios |

.....  
Firma Asociado Titular

# Anexo Formulario de Ingreso a INTEGRAL

Integral podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 23.660 y de acuerdo a la Ley 26.682 (artículos 5 inc. g. y 17) cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos.

La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días hábiles (desde la fecha de notificación a la del vencimiento del pago) y el socio, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación.

Sin perjuicio de lo anterior, *los valores de la cuota de los planes se modificarán en función de la cantidad de los integrantes del grupo y de la edad de los mismos. La modificación del valor de la cuota se efectivizará cuando el afiliado alcance los 26,36,41,46,51,56,61,64 años aplicándose el valor del listado de precios vigente al momento del cambio de franja etaria. A partir de los 65 años rige lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 26.682, pudiéndose aumentar la cuota a todos los afiliados mayores de 65 años que no cuenten con 10 años de antigüedad.*

Los beneficiarios ingresantes a un plan superador deberán completar la declaración jurada de salud en la cual deberán informar enfermedades preexistentes y/o discapacidades. En caso de falseamiento u ocultamiento de datos en la declaración jurada, la Obra Social podrá resolver en contrato del plan superador y garantizar en lo sucesivo la cobertura del PMO a través del plan contratado al efecto (art.9 Ley 26.682).

En el caso que se hayan declarado enfermedades preexistentes y/o discapacidades, la Obra Social podrá requerir de la Superintendencia de Servicios de Salud el incremento de la cuota. Hasta tanto la misma se expida, la OBRA SOCIAL garantizará la cobertura del PMO a través del plan contratado al efecto.

Los documentos que integran la solicitud de contratación son *el formulario de solicitud de contratación, la declaración jurada de enfermedades y el alcance de cobertura del plan elegido*. Se establece que la incorporación como contratante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en dichos documentos.

## Información importante sobre mis aportes

El monto de los aportes y contribuciones serán aplicados de acuerdo a la información que suministren las entidades que lo distribuyen, por lo que de haber adicionales a pagar, estos serán recalculados periódicamente.

La falta de pago de los adicionales y/o falta de ingreso de los aportes y contribuciones, facultará a a Osposce Integral a suspender las prestaciones de tu plan médico superador, otorgando la cobertura de la Obra Social Osposce plan PMO (Programa Médico Obligatorio) de acuerdo a la normativa vigente.

## Mis medios de Pago

• Débito Automático • Pago Mis Cuentas • Pago Fácil • Mercado Pago • Botón de pago en App Integral, Compromiso Médico.

## Mi Credencial

Para tener su credencial digital deberá bajar la App Integral, Compromiso Médico en su celular. Generar un usuario y contraseña validando el DNI del titular.

**IMPORTANTE:** En caso de elegir tener una credencial física podrá solicitarla en este formulario y retirarla luego de 72 hs. en Bartolomé Mitre 1553 de lunes a viernes de 9.30 a 17.30.

**Credencial física:** Si, quiero retirarla. ☐ No, sólo usaré la credencial digital. ☐

**Declaro conocer, aceptar y comprender las condiciones de afiliación enunciadas en este formulario, en la cartilla y en el anexo correspondiente al plan recibido en este acto.**

Firma Asociado Titular  Aclaración  DNI

**Declaro que la presente solicitud ha sido íntegramente leída y firmada por el solicitante en mi presencia.**

Firma y Aclaración del Asesor



DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES

Plan:

Fecha de Solicitud:  
/ /

Fecha de Alta:  
/ /

Vía Obra Social  
SI ☐ NO ☐

AMCI ☐  
DIRECTO INTEGRAL ☐

Alta ☐ Inclusión ☐  
Cambio Prest. ☐ Pase Plan ☐

Nro. Solic. Ingreso

| Apellidos y Nombres |  |  | CUIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Parentesco | Fecha Nac. | Edad |
|---------------------|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|------|
| 1                   |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | / /        |      |
| 2                   |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | / /        |      |
| 3                   |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | / /        |      |
| 4                   |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | / /        |      |
| 5                   |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | / /        |      |

| Integrante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------|---|---|---|---|---|
| Peso       |   |   |   |   |   |
| Altura     |   |   |   |   |   |

Responder con referencia a cada persona que forma el grupo familiar a asociar

| Cuestionario                                                                                                                         | SI/NO | Quien/es | Breve Detalle | Fechas |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|---------------|--------|
| 1- Antecedentes Neurológicos y Psiquiátricos, Convulsiones Desmayos, Inestabilidad, Mareos, Parálisis, Trastornos del habla?         |       |          |               |        |
| 2- Alteraciones Visuales, Miopía, Estrabismo, Glaucoma, Problemas de retina, Cornea, etc.?                                           |       |          |               |        |
| 3- Afecciones de Nariz Garganta y Oído? Adenoides, Tumores de cuerdas vocales, Sordera, Está equipado con audífono?                  |       |          |               |        |
| 4- Diabetes, Gota, Alteraciones de Tiroides, Obesidad Mórbida, se aplica Insulina?                                                   |       |          |               |        |
| 5- Alteraciones pleuropulmonares, Asma, Bronquitis Crónicas, Infecciones                                                             |       |          |               |        |
| 6- Nódulos, Quistes, Tumores de mamas?                                                                                               |       |          |               |        |
| 7- Angina de Pecho, Soplos, Infarto, Arritmias, Hipertensión                                                                         |       |          |               |        |
| 8- Alteraciones digestivas, Ulceras, Gastritis, Hernias, Problemas de vesícula, Hepatitis, etc.                                      |       |          |               |        |
| 9- Alteraciones de la sangre, Anemias, Leucemias, Linfomas. Afecciones de los ganglios.. Etc.                                        |       |          |               |        |
| 10- Alteraciones renales, Vejiga, Próstata, Infecciones Genitales, Quistes, Tumores.                                                 |       |          |               |        |
| 11- Ginecología: Afecciones Obstétricas, Ovarios, Útero, Genitales, Abortos, Embarazos en curso? INDICAR F.U.M                       |       |          |               |        |
| 12- Afecciones Musculares y/o de los huesos, Columna, Cadera, Rodillas, Manos. Tiene alguna prótesis colocada?                       |       |          |               |        |
| 13- Enfermedades congénitas o Hereditarias? Enfermedades Inmunológicas y Degenerativas? Enfermedades de la piel? Psoriasis, Tumores? |       |          |               |        |
| 14- Están actualmente bajo tratamiento o lo han estado en los últimos 6 meses?                                                       |       |          |               |        |
| 15- Alguna enfermedad que no pueda declarar por escrito y esté dispuesto a conversar en reserva con nuestro Departamento Médico?     |       |          |               |        |
| 16- Otros?                                                                                                                           |       |          |               |        |

Se deja constancia que de ninguna manera está sujeto el ingreso a OSPOCE por el llenado de esta ficha.  
La misma se confecciona a los efectos de considerar los planes, por lo que debe ser completada con datos veraces.  
El plan asignado nunca será inferior al Plan Médico Obligatorio y su asignación es atribución de esta Obra Social que considerara los datos aportados. En caso de falsedad, omisión o inexactitud de los datos aportados en esta Declaración Jurada, la Obra Social se reserva el derecho de denegar el acceso al plan superador solicitado, y asignar la cobertura médica a través del Plan Médico Obligatorio, aún cuando dicha falsedad u ocultamiento se acredite con posterioridad a su ingreso. Se deja constancia que la cobertura médico asistencial del plan es a través de un sistema de características “Cerrado” de modo que la cobertura se brinda exclusivamente con prestadores y/o profesionales incorporados en su cartilla médica. No se aceptarán pedidos de reintegros por prestaciones efectuadas con prestadores y/o profesionales ajenos al plantel contratado, si no fueron expresa y fehacientemente autorizados por la Auditoría Médica de OSPOCE.

Firma

Aclaración

D.N.I.

Cod.Broker

Nombre Broker

Asesor:

Canal Ventas: OSPOCE ☐ AMCI ☐ SEDE

Personal interviniente:

Resolución Auditoría Médica

Firma y sello de Auditor Médico

Firma Auditoría Comercial