

Fecha

N°		Socio N°			
----	--	----------	--	--	--

1. DATOS CONTRACTUALES

 ALTA MODIFICACIÓN TITULARIDAD TOTAL PARCIAL

Segmento	Cliente Individual	Por Empresa	Por Obra Social	Tipo de Facturación	Obra Social
	Individual Privado (1) <input type="checkbox"/>	Empresas (4) <input type="checkbox"/>	Obligatorio (8) <input type="checkbox"/>	Empresa <input type="checkbox"/>	Obra Social
	Ind. Priv. por grupo de Afinidad (1A) <input type="checkbox"/>	Otras Entidades (5) <input type="checkbox"/>	Voluntario (9) <input type="checkbox"/>	Individuo <input type="checkbox"/>	
				Afiliación	Empresa
				Voluntaria <input type="checkbox"/>	
				Obligatoria <input type="checkbox"/>	

2. DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

 PASA A GRUPO FAMILIAR: SI NO

Fecha de Vigencia

Documento - Tipo	DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	N°	Discapacidad	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Apellidos					Nombres							
Fecha de Nacimiento				Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	Estado Civil	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Domicilio Particular - Calle						N°	Piso	Dpto.	CP			
Localidad						Provincia		Pais				
Tel		Cel			e-mail							
Domicilio de Correspondencia - Calle						N°	Piso	Dpto.	CP			
Localidad						Provincia		Pais				
Tel		Cel			e-mail							
Cobertura anterior / O.S.: Nombre								Antigüedad				
¿Fue socio de Galeno?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° Socio		N° de traspaso:		AOS				
C.U.I.T. <input type="checkbox"/>	C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	N°				Condición Frente al IVA			RI <input type="checkbox"/>	EXE <input type="checkbox"/>	CF <input type="checkbox"/>	MON <input type="checkbox"/>

3. DATOS LABORALES

Razón Social (1)	C.U.I.T.	Tel	Rem. BRUTA \$
Domicilio	N°	Piso	Dpto. CP
Razón Social (2)	C.U.I.T.	Tel	Rem. BRUTA \$
Domicilio	N°	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 <input type="checkbox"/>	MASTER <input type="checkbox"/>	AMEX <input type="checkbox"/>	CABAL <input type="checkbox"/>	DINERS <input type="checkbox"/>	CBU N°:	Cta. Cte. <input type="checkbox"/>	Caj. de Ahorro <input type="checkbox"/>
N°:	Titular:		Titular:			Tipo y N° de Documento:		
Tipo y N° de Documento:			Tel.:		Tel.:		CUIL:	

6. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Viene de titular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1. Parentesco <input type="checkbox"/>	carencias <input type="checkbox"/>	2. Parentesco <input type="checkbox"/>	carencias <input type="checkbox"/>	3. Parentesco <input type="checkbox"/>	carencias <input type="checkbox"/>	4. Parentesco <input type="checkbox"/>	carencias <input type="checkbox"/>			
Apellido													
Nombre													
Tipo Documento	DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	
N°													
Fecha de Nacimiento													
Nacionalidad													
Sexo													
Certificado de Estudios	Presentó	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Presentó	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Presentó	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Presentó	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Socio que suma aportes	<input type="checkbox"/>	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 \$				

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 TODOS MIS DATOS CONSIGNADOS SON REALES, Y QUE CONOZCO Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE ASOCIACIÓN Y EL REGLAMENTO VIGENTE QUE HE LEÍDO CON LA ANTERIORIDAD A LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD COMPRENDIENDO QUE LOS CAMBIOS DE CATEGORÍA PODRÁN SER ACOMPAÑADOS DE UN INCREMENTO EN LA CUOTA MENSUAL QUE SERÁ INDEPENDIENTE DE LAS VARIABLES QUE AFECTEN EL COSTO DEL SERVICIO, TODO LO CUAL ME FUE EXPLICADO Y HE ENTENDIDO, PRESTANDO DEBIDA CONFORMIDAD. DEJO CONSTANCIA QUE EL PLAN SUPERADOR DEL PMO ELEGIDO EN ESTE ACTO, DE GENERAR DIFERENCIAS, DEBEN SER FACTURADAS A MI CARGO.

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 rescisión 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.

Nº	Cuestionario	T	1	2	3	4	
1)	¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido:	S	N	S	N	S	N
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?						
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):						
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

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 ES AUTÉNTICA Y TOMO CONOCIMIENTO DE QUE CUALQUIER FALSEDAD, OMISIÓN O INEXACTITUD DE LA MISMA, INVALIDARÁ LA CONDICIÓN DE SOCIO, SIN EL PERJUICIO DEL DERECHO DE GALENO ARGENTINA S.A. A EXIGIR LA RESTITUCIÓN DEL COSTO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS EN INFRACCIÓN. ASIMISMO HAGO SABER MI EXPRESA CONFORMIDAD RESPECTO A LA CLÁUSULA QUE ANTECEDE Y QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO EN EL REGLAMENTO DE GALENO ARGENTINA S.A.	_____ FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR	_____ FECHA _____ LUGAR _____ 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	Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Motivo: Firma Autorizada: Aclaración:
	Empleados desde:	Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Motivo: Firma Autorizada: Aclaración:
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROMOTOR	Firma Autorizada y Sello de la Empresa / Entidad	