

SOLICITUD DE INGRESOS

Agencia | Oficina | Delegación:
 Nombre Número Asesor Fecha de confección Vigencia solicitada

GRUPO

DATOS DEL GRUPO

Plan N° Grupo aspirante N° Grupo Asociado

PROCEDENCIA

Prepaga / Obra Social Plan

INTEGRANTE 1 DENOMINACIÓN DE GRUPO | Datos del titular

Apellido y nombres Apellido Materno

 Sexo Fecha de nacimiento Nacionalidad Estado civil Tipo y número de documento

 Domicilio particular / Calle N° Piso Dto.

 Localidad Provincia Código postal

 Domicilio de envío de la Factura / Credenciales Ocupación

 Teléfono fijo Celular e-mail

 CUIL / CUIT Nombre de Banco / Tarjeta CBU para débito automático / tarjeta de crédito

FACTURA POR CORREO ELECTRÓNICO

Por la presente autorizo me envíen mensualmente en archivo adjunto a la dirección de correo electrónico declarada en la presente solicitud la factura correspondiente al grupo del cual soy titular. (Tildar el casillero si está de acuerdo y dejar en blanco si no).

INTEGRANTE 2 DATOS PARTICULARES

Apellido y nombres Apellido Materno

 Sexo Fecha nacimiento Nacionalidad Estado civil

 Tipo y N° de Documento CUIL / CUIT

 Celular e-mail

INTEGRANTE 3 DATOS PARTICULARES

Apellido y nombres Apellido Materno

 Sexo Fecha nacimiento Nacionalidad Estado civil

 Tipo y N° de Documento CUIL / CUIT

 Celular e-mail

INTEGRANTE 4 DATOS PARTICULARES

Apellido y nombres Apellido Materno

 Sexo Fecha nacimiento Nacionalidad Estado civil

 Tipo y N° de Documento CUIL / CUIT

 Celular e-mail

INTEGRANTE 5 DATOS PARTICULARES

Apellido y nombres Apellido Materno

 Sexo Fecha nacimiento Nacionalidad Estado civil

 Tipo y N° de Documento CUIL / CUIT

 Celular e-mail

Firma y aclaración Titular

DECLARACIÓN JURADA ANTECEDENTES DE SALUD

Página N° 2

La presente declaración la efectúo de conformidad con el art. 10° Ley 26.682 y el art. 5° Ley 17.418, que declaro conocer y aceptar.

Cuestionario	Si-No	Integrante/s	Breve Detalle	Fecha
01) Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla. Otros antecedentes neurológicos				
02) Alteraciones visuales, miopía (dioptrías), estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, otros antecedentes oftalmológicos.				
03) Afecciones de nariz, garganta u oído, adenoides, tumores, sordera, etc. Otros antecedentes otorrinolaringológicos				
04) Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, ¿Se aplica insulina?. Otras alteraciones metabólicas.				
05) Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones, tumores, etc. Otros antecedentes pleuropulmonares.				
06) Nódulos, quistes, tumores de mama.				
07) Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc. Otros antecedentes cardiológicos				
08) Alteraciones digestivas, úlcera, gastritis, hernias, vesícula, hepatitis, tumores, etc. Otras alteraciones digestivas.				
09) Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas. afecciones de los ganglios.				
10) Alteraciones renales de la vejiga, próstata, genitales infecciones, quistes, tumores.				
11) Ginecología: afecciones obstétricas, ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso.				
12) Afecciones musculares, articulares y/o de los huesos; columna, cadera, rodilla, manos, tumores, otros antecedentes musculares y/o articulares.				
13) Enfermedades congénitas o hereditarias, enfermedades inmunológicas y degenerativas, alergias, enfermedades de la piel, psoriasis. Otras enfermedades.				
14) ¿Están actualmente bajo control o tratamiento médico? ¿Lo han estado en los últimos 24 meses? ¿Cuáles?				
15) Antecedentes quirúrgicos, ¿cuáles?				
16) Discapacidades (sensorial, motriz, intelectual, etc.) Otras discapacidades.				
17) Antecedentes odontológicos (prótesis, piezas faltantes, alteraciones de la mordida, etc.)				
18) Enfermedades Infecciosas (SIDA, venéreas, tuberculosis, lepra, hepatitis, etc.) y/o enfermedades profesionales. Otras enfermedades Infecciosas.				
19) Adicciones ¿cuáles? Ha estado en tratamiento por adicciones en los últimos 36 meses. ¿cuáles?				
20) Trastornos alimentarios, obesidad, bulimia, anorexia.				
21) ¿Consumo alguna medicación? ¿Con qué frecuencia?				
22) ¿Está o estuvo en tratamiento por fertilización asistida? (Ley 26862)				
23) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como RECEPTOR de órganos?				
24) Otros (aclare cuál/es)				

	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Integrante 4	Integrante 5
Peso					
Altura					
Fecha de Última Menstruación (FUM)					
¿Es irregular en sus períodos?					

Además autoriza a todos los profesionales que lo hubieran asistido personalmente y/o su grupo familiar, a brindar todas las informaciones adicionales que la Mutual requiera.

CONDICIONES GENERALES

PARA INGRESOS A PLANES SUPERADORES - ASOCIADOS OBLIGATORIOS

Habiendo gestionado la Opción de Cambio a la Obra Social _____ (Nombre de Obra Social) (R.N.OS. N° _____) el integrante detallado en la pág N°1, solicito mi/nuestra adhesión voluntaria al Plan Superador _____ del Prestador MUTUAL FEDERADA "25 DE JUNIO" S.P.R. (R.N.E.M.P. N° 1158), manifestando expresamente que conozco y acepto las condiciones generales detalladas en la pág. N°4.(*)

*Declaro recibir en este acto anexo de cobertura, los Reglamentos de Servicios, los alcances de las coberturas comprendidas, todas ellas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), cartillas de prestadores contratados, carencias especiales y prestaciones complementarias superadoras no contempladas en el PMO.

Observaciones

Firma y aclaración Titular

Firma y aclaración integrante 2

Firma y aclaración integrante 3

Firma y aclaración integrante 4

Firma y aclaración integrante 5

Lugar y fecha

 Firma y sello de Agencia
(en presencia aspirante)

 Firma del Asesor
(en presencia aspirante)

Firma responsable de Autorización

SOLICITUD DE SEGUROS POR MEDIO DE AGENTE INSTITORIO

Nº Grupo Asociado

Página Nº 3

SEGURO MODULAR DE SALUD - SOLICITUD DE ADHESIÓN

Solicito a FEDERADA CIA DE SEGUROS S.A. ser incluido en el Seguro Colectivo de Salud contratado por MUTUAL 25 DE JUNIO SPR., de acuerdo con las condiciones generales y particulares de la POLIZA vigente.

Tipo de Coberturas: Individual Matrimonial Grupo Familiar (Hijos menores de 25 años)

Datos sobre el pago: FACTURA MUTUAL FEDERADA | Proporción a cargo del titular: 100%

Cobertura (tildar la deseada)*	BASE <input type="checkbox"/> ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> PREMIUM <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada (elegir el valor deseado de módulo)
Trasplante de órganos	Valor Modulo** \$.....	Monto Max anual: 70 VM (**) Según Anexo
Prótesis	Valor Modulo** \$.....	Monto Max anual: 50 VM
Renta Diaria por Internación	\$.....	Cant Máxima Días Cubiertos: 90 Plazo de Espera: 3 días

(*) La cobertura del Seg. Modular de Salud tildada se corresponde los valores del módulo consignados en caracteres numéricos cuyos valores se completan; en caso de divergencias se estará a los valores numéricos mencionados. (**) Para calcular la Suma Asegurada correspondiente se debe multiplicar el valor del módulo contratado por la cantidad de módulos a pagar informado según Anexo de Coberturas.

Modalidad de envío del Certificado Individual

Al correo electrónico indicado

Otro Indicar

Lugar y fecha

Firma y aclaración del titular

Firma del Asesor

El Plan SEGURO MODULAR DE SALUD fue aprobado por resolución de la SSN No 2019-403 del 02/05/2019
 Dejo constancia que la extinción del contrato la efectuaré con 30 días de anticipación comunicándola a consultas@federadavida.com

SOLICITUD DE SEPELIO COLECTIVO

Solicito a Federada Cia. de Seguros S.A. a ser incluido en el plan de seguro colectivo de sepelio - cobertura prestacional por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo con las condiciones convenidas con la aseguradora (hasta 5.5 SMVM), que he recibido previamente, a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Tipo de Coberturas Individual - Cobertura de Individual a cargo 100% del Asegurado Titular.
 Cónyuge/Concubino - Cobertura del Conyuge 100% a Cargo del Asegurado Titular.
 Hijos menores de 25 años - Cobertura de hijo/s 100% a Cargo del Asegurado Titular.

COBERTURA

Cobertura: Prestacional | Renovación Anual Automática

Modalidad de envío del Certificado Individual

Al correo electrónico indicado

Otro Indicar

Datos sobre el pago FACTURA MUTUAL FEDERADA

Lugar y fecha

Firma y aclaración del titular

Firma del Asesor

El Plan SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO fue aprobado por resolución 2018-857 del 27/08/2018
 Dejo constancia que la extinción del contrato la efectuaré con 30 días de anticipación comunicándola a consultas@federadavida.com

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Solicito a Federada Cia. de Seguros S.A. ser incluido en el Seguro Colectivo de Vida contratado por Mutual Federada 25 de Junio SPR de acuerdo con las condiciones de la POLIZA Nº

Cobertura: Fallecimiento

Capital Asegurado: \$

Proporción a cargo del Tomador: Para el Titular, 100%, para resto del grupo, 100% a cargo del titular

Ingreso condicionado al ingreso como asociado a Federada Salud.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

1.- Apellido y Nombres	D.N.I. Nº	Sexo	%	Teléfono / e-mail
2.- Apellido y Nombres	D.N.I. Nº	Sexo	%	Teléfono / e-mail
3.- Apellido y Nombres	D.N.I. Nº	Sexo	%	Teléfono / e-mail
4.- Apellido y Nombres	D.N.I. Nº	Sexo	%	Teléfono / e-mail

Modalidad de envío del Certificado Individual

Al correo electrónico indicado

Otro Indicar

Lugar y fecha

Firma y aclaración del titular

Firma del Asesor

El Plan SEGURO DE VIDA COLECTIVO fue aprobado por Proveido de la SSN Nº 119.669 del 29/10/2014.
 Dejo constancia que la extinción del contrato la efectuaré con 30 días de anticipación comunicándola a consultas@federadavida.com

CANAL DE VENTA: PRODUCTOR DE SEGUROS O AGENTE INSTITORIO

Nombre y Apellido / Razón Social
 Agente Institorio Mutual Federada "25 de Junio" S.P.R. - Mat. Nº 98

Nº de Asesor

Nº de Oficina

Firma y Aclaración

CONDICIONES GENERALES PARA INGRESOS

Página N° 4

Por la presente SOLICITUD DE INGRESOS dirigida al Presidente de la Mutual Federada "25 de Junio" S.P.R., de acuerdo a los datos personales consignados en la página 1 y 2, expresados en carácter de Declaración Jurada, solicitamos el ingreso individual y/o del grupo familiar que representamos, conforme lo detallado precedentemente. Declaramos conocer que cualquier falsedad, omisión y/o retención cometida en los datos suministrados en la presente, podrán ser causales de expulsión, perdiendo nuestra calidad de asociados, de conformidad con el estatuto de Mutual Federada 25 de Junio S.P.R., la Ley de Mutualidades N.º 20.321 y el art. 180 CCYN. Asimismo, en el supuesto de encuadrarse la situación de mala fe precedentemente relacionada en Servicios previstos por el Art. 1, 2do Párrafo de la Ley 26682, Decreto Reglamentario 1991/2011, la extinción de la relación jurídica operará de conformidad con el Art. 9 de la Ley 26682 y del Art. 4 del Decreto 66/2019. He sido debidamente informado y acepto que: 1.- los valores de los servicios de salud son los aprobados por la Superintendencia de Salud de la Nación, con sus actualizaciones publicadas en Boletín Oficial República Argentina; 2.- los mismos podrán estar sujetos a descuentos y/o beneficios de carácter promocional. 3.- la Mutual puede dejar sin efecto las promociones y/o beneficios que gozan los planes y que forman parte de las condiciones de contratación, notificando con una antelación de 60 días corridos. ; 4.- las cuotas sociales y demás servicios mutuales son fijados en su alcance y costos por el Consejo Directivo (Ley 20.321) Declaramos conocer por habernos sido exhibidos en este acto y por encontrarse publicados a nuestra disposición en www.federada.com; el Estatuto de Mutual Federada 25 de Junio SPR, los Reglamentos de Servicios, los alcances de las coberturas comprendidas todas ellas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y carencias especiales a éstas referidas, cartillas de prestadores contratados, prestaciones complementarias superadoras no contempladas en el PMO de conformidad con el Art. 7 Ley 26682 y Art. 3 Decreto 66/2019, prestando plena conformidad a todos ellos. Para aquellos casos que corresponda aplicar los términos del Art. 10 Ley 26.682, Dto. 66/2019, reconocemos desde el ingreso y hasta nuestra exclusión o renuncia, la obligación del puntual pago por mes anticipado de la cuota social y arancel de servicios según el plan elegido. Para el caso de los servicios previstos en el Art. 1, 2do párrafo L. 26682 y que en caso de declarar una enfermedad preexistente, mi admisión será autorizada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS), quien autorizará valores diferenciales debidamente justificados; de acuerdo al artículo 10 de la Ley 26.682 (Dto. 66/2019) y normas reglamentarias, atento que como aspirante, he manifestado en la presente DDJJ de salud la existencia de patología/s preexistente/s. Para el caso de que en el término de 60 días la SSS no conteste, atento que mi patología puede variar con el tiempo, deberá tenerse por desactualizada la presente DDJJ de salud, debiendo efectuar una nueva a los fines legales. En caso de renuncia la misma deberá ser formulada por escrito al domicilio legal de Mutual sito en calle Moreno 1222/28 de Rosario, Pcia de Santa Fe, pudiendo efectuarla en los términos de la Res. 472/2019 de la Dirección Nacional de Defensa del Consumidor. Reconocemos y aceptamos que completar esta solicitud no implica aceptación de ingreso por parte de la Mutual. De conformidad Ley 20.321 y Estatuto de Mutual Federada 25 de Junio SPR. Para todos los efectos judiciales o extrajudiciales derivados de nuestra relación con la Mutual, el domicilio expresado en la presente será el válido para cualquier notificación, sometiéndome para cualquier diferendo a los Tribunales Federales de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, renunciando a cualquier otro fuero, incluso ordinario, si correspondiere.

CONDICIONES ESPECIALES PARA ASOCIADOS OBLIGATORIOS CORRESPONDIDOS EN LA LEY 23.660 Y 23.661. PARA LOS SERVICIOS PREVISTOS EN EL ART. 1, 2DO PÁRRAFO LEY 26.682 DECRETO REGLAMENTARIO 66/2019 Y RES. 163/2018 SSSN (*)

Dicha Opción entrará en vigencia una vez aprobada por el Órgano de Control (Superintendencia de Servicios de Salud – www.ssalud.gov.ar – 0800- 222SALUD (72583). He sido debidamente informado respecto al Régimen de Cobertura del mencionado Plan Superador elegido y he recibido copias del Reglamento de Servicios, Listado De Prestadores y Manual de uso del Asociado. Me comprometo a abonar las cuotas mensuales del Plan Superador elegido correspondiente al grupo familiar a mi cargo según lista de valores vigente. El arancel de servicio de salud podrá ser ajustado de acuerdo a resoluciones informadas por la Superintendencia de Servicios de Salud que autoricen dichos aumentos publicadas en el B.O. de la República Argentina, y/o por modificaciones en la composición del grupo familiar a mi cargo y/o por la aplicación de valores diferenciales por enfermedades pre-existentes autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud y/o convenios de pago según art 10 de la ley 26682. Así también reconozco y acepto que los mismos podrán estar sujetos a descuentos y/o beneficios de carácter promocional, que la Mutual puede dejar sin efecto las promociones y/o beneficios que gozan los planes y que forman parte de las condiciones de contratación, notificando con una antelación de 60 días corridos y que las cuotas sociales y demás servicios mutuales son fijados en su alcance y costos por el Consejo Directivo (ley 20.321). El valor de la cuota diferencial correspondiente, aplicado por patologías preexistentes, será el autorizado por la SSS y/o convenios de pago según artículo 10 de la ley 26.682. Debiendo ser actualizado conforme a los aumentos generales establecidos por la autoridad de aplicación. El descuento por aportes provenientes de la Obra Social podrá variar por la modificación de la/s remuneración/es del/los miembros del grupo familiar, y cuando ello ocurra, me comprometo a presentar ante la Mutual, copia de mi nuevo recibo de haberes, a efectos de que se tomen en consideración mis nuevos aportes y así también asumo como obligación mi deber de notificar cambio de condición frente AFIP a los fines de la correcta liquidación de arancel de servicios que correspondiere; y asimismo respecto del cambio de prestador de servicios médicos asistenciales. El adicional a mi cargo será el resultante de restar el descuento por aportes provenientes de la Obra Social al valor vigente de la cuota mensual del Plan Superador elegido, pagadero dentro de los primeros (15) días del mes siguiente. Luego de tres (3) meses de mora en el pago del adicional a mi cargo y/o de recepción por parte de FEDERADA SALUD de los aportes provenientes de mi Obra Social, la misma podrá disponer la baja del grupo familiar a mi cargo del Plan Superador elegido y mi pase a un Plan Básico (PMO) denominado Plan L-90 obligatorio, con un único prestador sanatorial y farmacéutico, a ser determinado por dicha entidad en mi localidad o zona de residencia. La permanencia en dicho plan podrá ser como máximo hasta que cumpla el plazo legal de 1 año, desde mi última opción de cambio de Obra Social, para poder desregular nuevamente. En el caso que FEDERADA SALUD detectara preexistencias no declaradas en el momento de mi ingreso, podrá disponer la baja inmediata del plan superador elegido y el pase al Plan Básico (PMO) de FEDERADA SALUD, denominado Plan L-90 obligatorio, con un único prestador sanatorial y farmacéutico a ser determinado por dicha entidad en mi localidad o zona de residencia. En caso de extinción de la relación laboral el asociado toma conocimiento y acepta la obligación de notificar por escrito de tal situación a la Mutual y que ésta solo será responsable de brindar por el término de 90 días contados a partir de la fecha del distracto laboral, solamente las prestaciones contempladas en el Programa Médico Obligatorio y con los prestadores exclusivos previstos a tal fin.

DETALLES DE LOS SEGUROS QUE BRINDARÁ FEDERADA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

IMPORTANTE: Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; b) Entidades Financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526; c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065; d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no al orden librado por el asegurado o Solicitante a favor de la entidad aseguradora. La cobertura no entrará en vigencia hasta tanto el pago efectuado se encuentre acreditado en la cuenta corriente de Federada Compañía de Seguros S.A. Declaro estar en conocimiento y aceptar las condiciones generales -y particulares- de los seguros que mediante esta solicitud requiero, cuyo detalle de coberturas y condiciones me fueron entregadas previamente. En tal sentido declaro conocer y aceptar. Asimismo, declaro bajo juramento que la información que he dado es completa, verídica y que, cualquier error, simulación, fraude y/o retención en que hubiera incurrido será causal de pérdida del derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda. En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en ((*) Indicar actividad laboral/comercial)según lo establecido en la Ley No 25.246. También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley No 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución No 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que FEDERADA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Solicitante, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo No 21 inciso c) de la Ley No 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía, el texto completo de la Resolución No 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; que puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar. Exclusión de otros seguros: queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada en la forma y modo elegida, podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el asegurador u otra entidad aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Por medio del presente doy mi pleno consentimiento de haber sido informado previamente acerca de todos los términos de los servicios contratados, encontrándose en mi poder una copia de cada uno de ellos; en las que se encuentran detallados todos los servicios, la declaración jurada; las condiciones generales y particulares de todos ellos. A su vez, expreso que he recibido previamente copia de toda la información suficiente, relacionada con los servicios contratados: Seguro Modular de Salud, Seguro de Sepelio y Seguro de Vida; además he recibido previamente información suficiente de los alcances de todas las declaraciones juradas que he efectuado más arriba.

Firma titular

Aclaración

Lugar y fecha