



SOLICITUD DE ADMISIÓN

Bristol Medicine srl

Amenábar 1074 - Capital(1426) - ☎3220-4900

Solicito ser incluido en los planes superadores de Bristol Medicine S.R.L. cuyas condiciones generales, tabla de beneficios y normas operativas declaro conocer y aceptar

POLIZA Nro: _____ FECHA DE INGRESO: _____ PLAN: _____ MES DE VIGENCIA: _____ VENC. 2da CUOTA: _____
APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE _____ N° _____ PISO / DTO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____ TEL. PARTICULAR _____ TEL. ALTERNATIVO _____ OCUPACIÓN _____

EMAIL _____

GRUPO FAMILIAR

CODIGO	APELLIDO Y NOMBRE	VINCULO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	EST. CIVIL	Tipo doc.	Número

DECLARACIÓN JURADA DE CIRUGÍAS, ENFERMEDADES O TRATAMIENTOS ACTUALES O ANTERIORES (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) DE TODOS LOS INTEGRANTES

AFILIADO(código)	Detalle de Enfermedades-Cirugías-Tratamientos-medicación actual y anteriores.	
	Titular	

CUOTA MENSUAL	
HIJOS	
APORTES	
BENEFICIOS	
PROMOCIÓN	
GASTOS ADM	
TOTAL A ABONAR CON BONIFICACIÓN	

Serie: Cobertura:

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL TITULAR ASOCIADO _____

ACLARACIÓN Y N° DE DOCUMENTO _____

Todos los datos presentes son de carácter de declaración jurada.

Interacciones, operaciones y accidentes anteriores a la afiliación

Nro de Afiliado:

Promotor:	Plan:
-----------	-------

	Sexo	Edad				Carencias			
Titular:									
Cónyuge:									
Hijo 1:									
Hijo 2:									
Hijo 3:									
Hijo 4:									
Hijo 5:									
Hijo 6:									

Cuestionario: Responder con referencia al titular e integrantes del grupo familiar a afiliar.

Aclaraciones: Detalles secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías.

Complete SI o NO el siguiente cuestionario, remarcando la respuesta y **ampliando la misma en "observaciones y comentarios."**

Peso actual:	Estatura:
--------------	-----------

¿Toma alguna medicación?:
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?:
¿Tiene diagnosticada alguna enfermedad en los últimos 12 meses?:
¿Tiene indicado realizarse estudios, análisis y/o prácticas médicas?:
¿Ha sido internado/a o sometido/a a alguna cirugía?:
Posee alguna de las siguientes enfermedades, patologías y/o diagnósticos:Antecedentes Neurológicos / Psiquiátricos, Alteraciones Visuales, Alteraciones de nariz, garganta u oído, Diabetes / Obesidad, Adicciones a drogas o alcohol, Alteraciones de la sangre, Alteraciones Pulmonares, Nódulos, Quistes o Tumores, Alteraciones renales/vejiga/próstata, Alteraciones ginecológicas y/u obstétricas, Embarazo, Afecciones musculares y/o de huesos, Enfermedades congénitas o hereditarias.:
¿Se encuentra embarazada o planifica estarlo?:
Fecha última menstruación: :
No mestrua:
Detalle aquí si algún integrante del grupo familiar a asociar posee alguna enfermedad, dolencia o patología que no conste en el presente cuestionario.:

Si presenta algún problema o enfermedad que no desee poner por escrito, deberá hablarlo con nuestro Departamento Médico, a fin de resguardar el secreto médico y protección de datos. La misma será codificada.

Observaciones y comentarios:

El suscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es verdadera y toma conocimiento de que cualquier falseamiento, omisión o inexactitud de la misma, deliberada o no, invalidará la condición de afiliado, sin perjuicio de derecho de Bristol Medicine S.R.L. a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en acciones civiles y sanciones penales que pueda corresponder.

Bristol Medicine S.R.L. se reserva el derecho de aceptar o rechazar en el término de 10(diez) días hábiles. A los fines de la Ley 25326 y su dictamen regulatorio presto expresa conformidad para que los datos que figuran en este, formulario se destinen a brindar a terceros y que integren el archivo, registro y banco de datos de Bristol Medicine S.R.L. posee. "Estoy en conocimiento que mi incorporación y de mi grupo familiar al sistema entrará en vigencia a los 10(días) de la aceptación de la presente solicitud, fecha en la que se entregarán las credenciales correspondientes y que la afiliación tendrá una duración de 12(doce) meses a partir de esa fecha, renovándolo con una aceptación no menor a 60(sesenta) días corridos. Así mismo me notifico del uso personal e intransferible de la credencial de Bristol Medicine S.R.L. y que su uso por terceros está penado por la ley. Declaro haber leído detenidamente y acepto en su totalidad las condiciones detalladas en el reglamento general, conociendo la Cartilla de Prestaciones y recibiendo un ejemplar de la misma.

Firma y aclaración del titular: _____
Tipo y Nro de documento: _____