



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.

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Interacciones, operaciones y accidentes anteriores a la afiliación

Fecha de Ingreso:	
Nro de Afiliado:	

Promotor: Plan:

	Sexo	Edad			Carentias		
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 deseé 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 prejuicio 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 presta 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, renovándose 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 leido 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: _____