

## DECLARACION JURADA DE BENEFICIARIOS

N° Afiliado: ..... Plan: ..... Cód.: ..... Vigencia: ..... Grav.  No Grav.

Apellido y Nombre: ..... Sexo: M  F

Tipo y N° de Documento: ..... Fecha de Nac.: ...../...../..... Estado Civil: .....

N° de CUIL:.....

Calle y N°: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... C. P.: ..... Tel.: .....

Mail:..... Cel: .....

Cód.	Familiar	Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc	CUIL	Fecha Nac.
01	Esposa/o				
02	Hijo				
03					
04					
05					
06					

### DATOS DE COBRO Y FACTURACIÓN

N° Empresa: ..... Razón Social: ..... Fecha Ingr. a Empresa:.....

Domicilio: ..... C.P.: ..... Localidad: .....

Tel.: ..... N° CUIT.: ..... N° Caja Prev.: .....

Contacto con Osmecon Salud (apellido y nombre): .....

Posición o cargo en la empresa: ..... Categoría IVA: .....

#### Dpto. Comercial:

¿Estuvo asociado a OSMECON SALUD Lomas? SI  NO  N° Asociado

El sistema le fue presentado por:  N° Asociado

¿Desea adquirir EXTENSION 24 SI  NO

#### Dpto. de Cobranza:

Calle y número: ..... Piso: ..... Depto: .....

Localidad: ..... C. P.: ..... Tel.: ..... Cel.: ..... Zona: .....

Observaciones: .....

.....

.....

## DECLARACION JURADA DE SALUD

ENFERMEDADES Y/O ALTERACIONES FÍSICAS O PSIQUICAS AL INGRESO.

Deberá declarar SI o NO en cada caso, en nombre propio y en representación de los integrantes del grupo familiar.

Si fuera SI, detallar año, estado actual y últimos estudios realizados.

Las respuestas deben ser llenadas de puño y letra, especificando en cada una a que integrante del grupo familiar corresponde la consideración.

Declaro bajo juramento que todos los datos que a continuación consigno son exactos y acepto expresamente que cualquier falsedad u omisión incurrida en la declaración facultará a OSMECON Salud a proceder a mi baja y exclusión del sistema conjuntamente con los integrantes del grupo familiar y a extinguir la vinculación con causa.

	00	01	02	03	04	05	06
• Peso .....							
• Altura .....							
<b>1- ¿Ha sido tratado o atendido por alguna de estas enfermedades? Especificar.</b>							
• Alergia .....							
• Asma y Enfermedades respiratorias .....							
• Piel o ganglios linfáticos .....							
• Enfermedades mamarias, Prótesis .....							
• Útero, Ovarios y Genitales externos .....							
• Esterilidad .....							
• Pérdida de embarazos .....							
• Enfermedades de Transmisión sexual .....							
• Hígado y Vesícula .....							
• Gastritis; Úlcera; Intestinales .....							
• Pérdida de peso .....							
• Bulimia, Anorexia. ....							
• Enf. Celíaca .....							
• Obesidad .....							
• Cálculos renal, Cólico renal .....							
• Vejiga, Próstata .....							
• Hernias; Cirugías .....							
• Tumores o Quistes .....							
• Fracturas; Deformidades; Amputaciones .....							
• Columna vertebral; Hernia de disco .....							
• Prótesis de cualquier tipo .....							
• Sangre (Anemia; Hemofilia; otras) .....							
• Sida; HIV; Enf. Infecciones .....							
• Drogas y/o alcoholismo .....							
• Enf. Psiquiátricas; Tto Psicológico .....							
• Intento de Suicidio .....							
• Enf. Neurológicas; Convulsiones .....							
• Artritis; Psoriasis, Lupus .....							
• Garganta, Nariz y Oídos .....							
• Oftalmológicas .....							
• Cardíacas .....							
• Hipertensión arterial .....							
• Accidente Cerebrovascular .....							
• Várices; Hemorroides .....							
• Diabetes; Enf. Tiroideas .....							
• Colesterol; Triglicéridos, Ac. Úrico .....							
• Oncológicas .....							
• Pérdida de Calcio; Osteoporosis .....							
• Enf. Odontológicas .....							
• Enf. Genéticas (Sind. de Down, etc.) .....							
• Discapacidad de cualquier índole .....							
<b>1.1- Detalle de las respuestas afirmativas</b>							
Fecha	Tratamiento		Medicación		Médico		
.....	.....		.....		.....		
.....	.....		.....		.....		

	00	01	02	03	04	05	06
<p><b>2. ¿Ha estado alguna vez internado, para observación, tratamiento u operación?</b></p> <p>Fecha                      Motivo                      Médico                      Instituto</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>3. ¿Está embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b> Fecha del parto: .....</p> <p><b>Fecha última menstruación:</b></p> <p>int: ..... - ...../...../.....</p> <p>int: ..... - ...../...../.....</p> <p>int: ..... - ...../...../.....</p> <p><b>4. ¿Toma actualmente medicación?</b></p> <p>Droga                      Dosis diaria                      Diagnósticos</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>5. ¿Usa anteojos? ¿Motivos?</b></p> <p>.....</p> <p><b>6. Hábitos de consumo diario:</b></p> <p><b>Tabaco: Fuma: Si - No</b> .....</p> <p><b>Cantidad: 10, 20 más</b> .....</p> <p><b>Alcohol: Si - No</b> .....</p> <p><b>1 vaso, 2 o más</b> .....</p> <p><b>7. ¿Hay alguna otra afección que posea y no se haya declarado en la presente?</b></p> <p>¿Cuál?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>							

Declaro bajo juramento que todos las respuestas hechas en la presente son exactas, y han sido cumplimentadas con pleno conocimiento y de mi puño y letra; asimismo manifiesto y acepto que el contenido de la presente declaración jurada será la base de la cobertura médica que se me brinde, en donde OSMECON Salud cubrirá de acuerdo con las modalidades y alcances del plan escogido.

Cumplido los 65 años, deberá abonar un módulo adicional correspondiente a su nueva categoría, de acuerdo a los valores en vigencia, según autoridad de aplicación.

El beneficiario titular que adeudase tres cuotas consecutivas, quedará de baja juntamente con su grupo familiar, en los términos de la ley de medicina prepaga previa constitución en mora con intimación a regularizar la deuda en el término de 10 días.

La pérdida de la calidad de beneficiario, no libera al mismo de la obligación de pago de las dos cuotas adeudadas, recargos, actualizaciones y costos judiciales o extrajudiciales que correspondan, aunque no haya utilizado servicios. El pago posterior a la baja, por sí sólo, no rehabilita al beneficiario en su condición de tal.

Recibo en este acto Cartilla de Prestadores de OSMECON Salud, a la fecha y Reglamento del Sistema.

Nota: 6 meses de carencias Psicoterapia.

Los socios que ingresan habiendo cumplido..... años permanecerán en la categoría correspondiente a su edad. Siempre que el pago de su cuota sea en forma ininterrumpida.

Fecha

.....  
Firma y Aclaración del Titular

.....  
Firma y Aclaración del asesor