



OBRA SOCIAL DE SERENOS DE BUQUES / RNOS: 119906

FECHA

Formulario S.S.S. Nº:

SOLICITUD DE OPCIÓN - MONOTRIBUTO

■ **TITULAR**

Apellido y Nombre del titular												
Obra Social de procedencia		Código de Obra Social										
Domicilio												Localidad
Fecha de Nacimiento												T.E.
E-mail												

■ **Prestador**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ **CONYUGE**

Apellido y Nombre del Cónyuge												
Fecha de Nacimiento												Fecha baja Certificado Discapacidad
Nº de CUIL												

■ **FAMILIARES A CARGO**

Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja Cert. Discap.
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja
Apellido/Nombre	CUIL	Fecha Nacimiento	Discapacidad SI NO	Fecha baja

Por la presente manifiesto mi voluntad de optar por la Obra Social de Serenos de Buques en el marco de la Desregulación de las obras sociales

Lea atentamente antes de completar la información solicitada:

1- El grupo familiar primario se compone:

- a- Cónyuge o concubina
- b- Hijos solteros hasta 21 años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio o actividad profesional; comercial o laboral.
- c- Hijos solteros mayores de 21 años y hasta 25 años inclusive que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y que cursen estudios regulares reconocidos por autoridad pertinente.
- d- Hijos discapacitados y a cargo del titular cualquiera sea su edad.
- e- Menores con guarda o tutela judicial.

2- Los padres del titular pueden ser incorporados siempre y cuando se adjunte información judicial donde surja que los mismos están a cargo del titular y constancia de ANSES de la no-inscripción en la Seguridad Social. Asimismo no debe poseer renta alguna y tanto al padre como la madre a incorporar debe ser mayor de 60 años. Cumplidos estos requisitos pueden ser incorporados, descontándose el 1,5 % (por cada uno) de la remuneración del titular sujeta a aportes.

3- Documentación:

El afiliado deberá adjuntar la documentación legal que acredite el vínculo de parentesco con cada integrante de su grupo familiar. Esta documentación deberá ser presentada y/o actualizada antes del 30/04 de cada año.

- a- Cónyuge o concubina: DNI del cónyuge o concubina, declaración judicial y certificación de domicilio en común.
- b- Hijos solteros hasta 21 años: DNI, partida de nacimiento, CODEM.
- c- Hijos solteros mayores de 21 años y hasta 25 años inclusive: certificado expedido por la entidad educativa oficial que acredite los estudios en curso del hijo/a y o formulario del ANSES donde conste la no - inscripción en la Seguridad Social.
- d- Hijos discapacitados: Certificado de discapacidad.
- e- Menores con guarda o tutela judicial: Sentencia judicial que otorga la guarda o tutela.

4- Cobertura:

La Obra Social se compromete a brindar la cobertura correspondiente al Programa Médico Obligatorio (PMO) según normativa vigente; mientras se mantenga en vigencia la filiación. La cobertura se iniciará a partir del primer día del tercer mes de ejercida la opción, la que puede ser rechazada por la Superintendencia de Servicios de Salud de no contar con los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Para acceder a consultas o tratamientos de terapia psicológica, los afiliados sin excepción, deberán solicitar autorización previa a la Obra Social, la que informará el procedimiento y los alcances de dicha cobertura en cada plan.

5- Modificaciones de datos:

Los cambios en la composición del grupo familiar, domicilio y/o telefónicos deberán ser comunicados a la Obra Social por el titular.

Firma

Aclaración

D.N.I.



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

Cuestionario	SI/NO	Quién/es	Breve Detalle	Fechas
01- Antecedentes Neurológicos y Psiquiátricos; Convulsiones, Desmayos, Inestabilidad, Mareos, Parálisis, Trastornos del Habla?				
02- Alteraciones Visuales, Miopía, Estrabismo, Glaucoma, Problemas de Retina, Córnea, Etc.				
03- Afecciones de Nariz, garganta u oído? Adenoides, Tumores de Cuerdas Vocales, Sordera, Etc.				
04- Diabetes, Gota, Alteraciones de la Tiroidés, Obesidad Marcada? Se Aplica Insulina?. Otras alteraciones metabólicas.				
05- Alteraciones Pleuropulmonares, Asma, Bronquitis Crónica, infecciones, Etc.				
06- Nódulos, Quistes, Tumores de Mama?				
07- Angina de pecho, Soplos, Infarto, Arritmias, Hipertensión Arterial, Várices, Cansancio, Etc.				
08- Alteraciones Digestivas, Ulcera, Gastritis, Hernias, Vesícula, Hepatitis, Etc.				
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 Obstetricia, Ovarios, Útero, Genitales, Abortos, Embarazos en curso.				
12- Afecciones Musculares y/o de los Huesos; Columna, Cadera, Rodilla, Manos, Etc.				
13- Enfermedades Congénitas o Hereditarias? Enfermedades Inmunológicas y Degenerativas? Enfermedades de la Piel, Psoriasis, Etc.				
14- Alguna enfermedad que no puedan declarar por escrito y esté dispuesto a conversar con el departamento médico?				
15- Están Actualmente bajo Control o Tratamiento Médico? Lo han estado en los últimos 6 meses?				

Se deja constancia de que de ninguna manera está sujeto el ingreso a OSSdeB por el llenado de esta ficha. La misma se confecciona a los efectos de considerar los planes, por lo que debe ser completada con datos veraces. El plan asignado nunca será inferior al P.M.O. y su asignación es atribución de esta Obra Social que considerará los datos aportados.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
D.N.I.