

## ANEXO II -SOLICITUD DE INSCRIPCION / MODIFICACION DE BENEFICIARIOS

Lugar:	Fecha:	Alta Af. Titular	
			(2) Baja Afiliados titular
			Alta Familiar
			Baja Familiar

### Datos del Beneficiario Titular

DNI	Tipo	Apellido y Nombre	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Sexo(1)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Fecha de nacimiento	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Estado Civil:	Soltero -Viudo - Divorciado - Casado - Separado - Concubinato		
CUIL/CUIT	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Profesión <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nacionalidad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Obra Social Anterior	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Fecha Alta <input style="width: 100%;" type="text"/>
			Fecha Baja <input style="width: 100%;" type="text"/>

### Dirección Personal

Calle	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Num	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Piso
Localidad	<input style="width: 20%;" type="text"/>	CP <input style="width: 20%;" type="text"/>	Tel	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Email <input style="width: 20%;" type="text"/>

### Dirección Postal (para recibir la documentación)

Calle	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Num	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Piso
Localidad	<input style="width: 20%;" type="text"/>	CP <input style="width: 20%;" type="text"/>	Tel	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Email <input style="width: 20%;" type="text"/>

### Datos del grupo Familiar

Cód. (3)	Apellido y Nombres	Parentesco	Fecha Nac.	Tipo (4)	Nº Documento
1					
29					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

### Completar únicamente para Baja del Titular

Fecha de baja	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Motivo	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------	---	--------	---

### Reservado Obra Social

Sub- Código:00	Nº de beneficiario	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Seguro de Vida	Debito Automático
----------------	--------------------	---	----------------	-------------------

Afiliado con Carencias: Si/No

A partir del :    /    /

Complete los datos con letra de imprenta:

Para ALTA DE TITULAR debe completar todos los datos del afiliado titular y los del grupo familiar. Para ALTA DE FAMILIAR (posterior al alta del titular), indicar: Número de afiliado del titular, apellido y nombre del beneficiario titular y los datos correspondientes a los familiares a incorporar. Para BAJA DEL TITULAR, indique número de afiliado, apellido y nombre, motivo de la baja y fecha de la misma. Para MODIFICACION Y/O INCORPORACION DE DATOS, indicar número de beneficiario, apellido y nombre, y especificar los datos a modificar únicamente.

- (1) Táchese lo que no corresponde
- (2) Marque con una cruz
- (3) Titular: 00, Esposa: 01 , Hijos :02,03,04...Concubina: 29
- (4) Consigne tipo de Documento: DNI (96), LE (89), LC (90), Pasaporte (94)

---

OBSERVACIONES

ANEXO V  
DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

TIPO	Antecedentes Médicos - Conceptos	0	1	29	2	3	4	5	6	7
<b>ENFERMEDADES Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS</b>	Cardíacas									
	Neurológicas									
	Musculares									
	Otras									
<b>ENFERMEDADES ADQUIRIDAS</b>	Cardiovasculares - Cardíacas									
	Cardiovasculares - Vasculares									
	Aparato Respiratorio									
	Aparato Digestivo									
	Neurológicas - Sist. Nerv. Central									
	Neurológicas - Sist. Nerv. Periférico									
	Genitourinarias - Renales									
	Genitourinarias - Aparato Genital									
	Músculo Esqueléticas									
	Sangre y Órganos linfáticos									
	Órganos de los sentidos - Visión									
	Órganos de los sentidos - Audición									
	Psiquiátricas									
	Glándulas									
Otras										
<b>ENFERMEDADES SINTOMAS SIGNOS SELECCIONADOS</b>	Diabetes									
	Hipertensión									
	Alergias									
	HIV-Sida									
	Alteración de Lípidos									
	Adicción Drogas / Medicamentos									
	Abuso de Alcohol									
	Tabaquismo									
	Tumores									
	Intervenciones Quirúrgicas									
	Embarazo Actual									
	Gestosis									
	Aborto Espontáneos									
	Cesáreas									
	Otras									
	Utilización de Aparatos de Ortodoncia y Ortopedia Funcional									

Medicamentos de uso Habitual.....

Observaciones Generales (a completar por el Auditoria Médica)  
.....

IMPORTANTE

La presente solicitud de afiliación, como los antecedentes de salud, declarados precedentemente, reviste carácter de Declaración Jurada.  
El suscripto declara conocer y aceptar las condiciones generales de afiliación y de los servicios de atención y cobertura y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la presente declaración jurada, deliberada o no, invalidará el contrato sin perjuicio del derecho de SEROS a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y penales que pudieran corresponder.  
SEROS se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión. En caso de hacerlo no cubrirá las enfermedades congénitas ni las pre-existentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubieran sido o no declaradas precedentemente, ni sus complicaciones y/u otras enfermedades que resulten agravadas o complicadas por las mismas, con excepción de aquellas expresamente aceptadas por SEROS, que serán cubiertas una vez cumplidos los correspondientes períodos de carencias y dentro de los límites que disponga la Obra Social.

Firma y Aclaración Promotor

Firma Beneficiario Titular

VERIFICACION

Firma y sello Médico Auditor

Firma y Aclaración Delegado