

**SEROS VITAL – REQUISITOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES  
PARA LA INCORPORACIÓN**

**DISPOSICIONES GENERALES:**

**1- Podrán afiliarse a seros vital con carácter de afiliados voluntarios:**

- a) las personas que cumplen entre dieciocho (18) y cincuenta (50) años de edad.
- b) Los cónyuges o convivientes cuando se produce el fallecimiento del titular y podrán comprender al grupo familiar que estuviese a cargo a la fecha del deceso.
- c) Los cónyuges o convivientes entre dieciocho (18) y cincuenta (50) años, que cumplan lo establecido en el artículo 9 inc. a de la Ley XVIII N.º 12.
- d) Hijos de titulares de SEROS VITAL.
- e) Empleados provinciales que hubiesen aportado al sistema provincial de la obra social Seros Chubut durante los últimos cinco (5) años inmediatos ininterrumpidos o diez (10) años en total, y cesaren en tal condición. La opción deberá ser realizada en un plazo perentorio de cuatro (4) meses de producido el cese; y podrá comprender al grupo familiar que estuviese a cargo del titular a la fecha de producido el cese. Para ello deberá presentar certificación de servicios emitido por su/s repartición/es en donde consten los años aportados o cómputo de reconocimiento de servicios realizado por el ISSyS.
- f) Empleados provinciales que se acogen a un beneficio jubilatorio en extraña jurisdicción, y hubiesen aportado al sistema provincial de la obra social Seros Chubut durante los últimos quince (15) años inmediatos ininterrumpidos. La opción deberá ser realizada en un plazo perentorio de tres (3) meses de realizado el último aporte; y podrá comprender al grupo familiar que estuviese a cargo del titular a la fecha del cese. Para ello deberá presentar certificación de servicios emitido por su repartición en donde conste que el cese se debe a la opción de acogerse al beneficio jubilatorio.
- g) **La denegación del ingreso del titular o del grupo familiar no deberá ser justificado por el ISSyS.**

**2- Las categorías de afiliados son:**

9. Afiliados voluntarios individuales.
10. Afiliados voluntarios con grupo familiar (cónyuges, hijos, hijos estudiantes).

**3- Requisitos para la afiliación:**

- a) La persona que solicite la incorporación a la Obra Social en carácter de afiliado voluntario deberá cumplimentar la siguiente documentación:

Ficha de afiliación.

Suscripción de los Requisitos, Derechos y Obligaciones para la afiliación.

Fotocopia de frente y dorso del documento de identidad.

Constancia de cuil.

Resumen de Historia Clínica, adjuntando Electrocardiograma, laboratorio completo, Rx de Torax, Gravindex y toda otra documentación que se requiera presentar desde la Auditoría Médica.

Declaración jurada de antecedentes de salud.

Declaración jurada de ingresos, último recibo de sueldo ( el bruto debe ser mayor al el valor de tres (3) cuotas según su rango de edad y/o constancia de Monotributo ( categoría B como mínimo ), o en caso de haber cumplido con edad tope entre 21 y 26 años siendo un hijo de afiliado titular a SEROS CHUBUT, el mismo podrá con su declaración jurada de ingresos y copia de recibo de sueldo ser el garante del pago de la cuota.

Designación de beneficiarios por fallecimiento.

Autorización de débito de la cuota de caja de ahorros ( solo Banco Chubut) y/o tarjeta de crédito de cualquier Banco emisor, según el medio de pago elegido .

Certificado de antecedentes en el VERAZ.

Registro de Alimentantes Morosos.

**b) Para el caso de afiliados indirectos voluntarios deberán cumplimentar la siguiente documentación:**

- Cónyuges/convivientes, Copia del certificado de matrimonio actualizado o Declaración Jurada de Juez de paz actualizada como mínimo cinco (5) años de convivencia, copia de DNI con el mismo domicilio en ambos
- Hijos menores de 21 años, Copia del certificado de nacimiento y/o DNI  
Hijos recién nacidos: Certificado de nacimiento, fotocopia de DNI (frente y dorso).
- Resumen de Historia Clínica , adjuntando Electroencefalograma, laboratorio completo, Rx de Torax, y toda otra documentación que se requiera presentar desde la Auditoría Médica.
- Declaración jurada de antecedentes de salud.

c) Incapaces: Certificado de discapacidad expedido por autoridad sanitaria provincial y reconocido por la Auditoría Médica de la Obra Social.

**El afiliado voluntario asume la responsabilidad de notificar al ISSyS todo cambio de domicilio posterior al ingreso. Serán válidas todas las notificaciones efectuadas en el último domicilio y el mail declarado por el afiliado voluntario.**

**La denegación del ingreso del titular o del grupo familiar NO deberá ser justificado por el ISSyS.**

4- El ISSyS se reserva el derecho de reajustar el aporte mensual a realizar por el afiliado voluntario, rigiendo nuevo valor a partir del mes siguiente a su disposición por Resolución dictada por el ISSyS. La condición de afiliado voluntario titular se activará en el momento en que se abone las primeras cuatro (4) cuotas, no existiendo la posibilidad de adelantar las mismas, Las cuotas mensuales deberán ser abonadas en las fechas que establezca el ISSyS. la cuota debe ser completa, independientemente del día en que se efectúe el alta.

5- Si el afiliado omite o declara falsedades en sus antecedentes de Salud, se volverá a realizar el análisis correspondiente de afiliación y se recalculará el valor de la cuota.

6- **De acumularse una (1) cuota impaga** los afiliados voluntarios y su grupo familiar caerán de baja, no pudiendo hacer uso de la Obra Social. La pérdida de la condición de afiliado voluntario por esta causa no exime del pago de las cuotas adeudadas así como tampoco de los intereses y costos que el ISSyS determine, y (si los hubiere) los costos de prestaciones usadas durante la mora, a tal fin deberá presentar una nueva declaración jurada de Antecedentes de Salud, la cual será evaluada por la Auditoría médica del ISSyS

La utilización indebida por cualquiera de los integrantes del grupo familiar de los servicios en período de mora hará pasible al beneficiario titular del pago de los costos de las prestaciones requeridas en esa condición con recargos que el ISSyS determine.

El afiliado voluntario que hubiere sido de baja por mora y su grupo familiar, podrá ser reincorporado previa cancelación de la suma adeudada y las que quedaron sin liquidar, para no perder la continuidad de aportes.

7- El afiliado voluntario y su grupo familiar deberá presentar para realizar cualquier trámite ante la Obra Social su credencial digital o física y Documento Nacional de Identidad. Dicha credencial tiene carácter personal e intransferible. Su adulteración o su uso indebido por terceros o afiliados voluntarios sin derecho a prestaciones está penado por la ley.

El robo o extravío de credenciales de cualquier integrante del grupo familiar deberá ser comunicado al ISSyS de forma escrita o presencialmente por el titular. Ante la omisión de la denuncia el afiliado voluntario titular será responsable de las consecuencias.

Las credenciales serán devueltas toda vez que la Obra Social lo solicite, o cuando cese la vinculación entre el titular y algún integrante del grupo familiar.

8- El afiliado voluntario titular y los integrantes del grupo familiar gozarán de las prestaciones médico asistenciales de los prestadores vigentes, ingresando a la página WEB del ISSyS. Las prestaciones que no estén en el plan de la afiliación o no estén expresamente reconocidas por la Obra Social, en forma normal y habitual a través de resoluciones dictadas por el ISSyS, se considerarán excluidas de la cobertura.

9- El ISSyS ofrece a los afiliados voluntarios un listado de prestadores dentro de los cuales el afiliado realiza su propia elección del prestador, el que no mantiene ninguna vinculación con la Obra Social, que solamente contrata sus servicios. La responsabilidad de la actuación profesional de los prestadores ante los afiliados voluntarios estará a cargo exclusivo de los profesionales, establecimientos y/o instituciones y empresas, sin derecho a acción alguna contra el ISSyS.

Solo será posible emitir en el caso de viaje **Carta de afiliado en Tránsito**, no existiendo la posibilidad de activar el convenio de reciprocidad con otras provincias.

10- El ISSyS podrá requerir a los afiliados voluntarios los informes y elementos que se consideren necesarios para aclarar causas, consecuencias y medios empleados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o accidentes.

La negativa total o parcial a suministrar información, la simulación o fraude, tanto del titular como de integrantes del grupo familiar darán lugar las sanciones que el ISSyS crea pertinentes, sin perjuicio del derecho de la Obra Social de rescindir el convenio de cobertura.

11- Los servicios cubiertos por la Obra Social serán brindados mediante el sistema de validación y cualquier otro sistema que el ISSyS decida implementar en el futuro.

**Las condiciones de cobertura, valor de órdenes, porcentajes de coseguros y toda otra operatoria necesaria para implementar las coberturas estarán establecidas mediante las resoluciones dictadas por el ISSyS.**

Los afiliados voluntarios no gozarán de ningún préstamo para hacer frente a los gastos de porcentajes de coseguros de las prestaciones médico asistenciales, derivaciones, etc. desde el lugar de residencia del afiliado.

Las derivaciones desde el lugar de residencia del afiliado a otros centros de atención, deberán ser autorizadas de forma previa por la auditoría médica del ISSyS.

12- El convenio de cobertura entre el afiliado y el ISSyS podrá ser rescindido por cualquiera de las partes, sin expresión de causa, en cualquier momento y sin dar derecho a indemnización, compensación o cobertura alguna. Se realizará mediante comunicación fehaciente y la entrega de la totalidad de las credenciales del grupo familiar cubierto.

La renuncia del afiliado voluntario titular implicará la baja de la totalidad de su grupo familiar.

Al momento de solicitar la baja el afiliado titular voluntario deberá tener al día el pago de las cuotas intereses y coseguros de poseer pendientes.

Es facultad del ISSyS de disponer la suspensión o baja del beneficiario titular y su grupo familiar por cualquier infracción, cometida por el afiliado voluntario directo o indirecto, a la Ley XVIII N° 14, al presente reglamento y/o cualquier otra norma o directiva sancionada por el ISSyS, en cuyo caso no dará derecho al afiliado a exigir compensación, indemnización o prestación alguna.

En prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los ..... días del mes de.....de 20.....-

\_\_\_\_\_  
**Firma del interesado**

**CERTIFICACIÓN DE FIRMA**

**Certifico que la firma que antecede corresponde a:** \_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma y Sello del agente que certifica:**



### SOLICITUD DE INSCRIPCION

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Cuit/ Cuil : \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección Personal: \_\_\_\_\_

Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal ( en caso de corresponder): \_\_\_\_\_

Celular N° \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL GRUPO FAMILAR

Apellido y Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	DNI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

## DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

- 1)- **fecha de la última vez que se realizó estudios – análisis** \_\_\_\_\_
- ¿El resultado fue normal? SI / NO
- Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico:\_\_\_\_\_
- 2)- **¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador?** SI / NO
- 3)- **¿Tiene colocada una prótesis traumatológica?** SI / NO
- Fecha:\_\_\_\_\_
- Tipo de prótesis:\_\_\_\_\_
- 4)-**¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas?** SI / NO
- ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico? SI / NO
- Diagnóstico:\_\_\_\_\_
- Medicación:\_\_\_\_\_
- Internaciones psiquiátricas: SI / NO
- Fecha:\_\_\_\_\_
- 5) **¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas?** SI / NO
- Fecha:\_\_\_\_\_
- Motivo:\_\_\_\_\_
- 6) **¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)?** SI / NO
- ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_
- Diagnóstico:\_\_\_\_\_
- Médico tratante: \_\_\_\_\_
- 7)**¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias?** SI / NO
- ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_
- 8) **¿Ha recibido transfusiones de sangre?** SI / NO
- Causa:\_\_\_\_\_
- Fecha:\_\_\_\_\_
- 9) **Está embarazada?** SI / NO
- 10) **Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)**
- \_\_\_\_\_
- 11) **Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses?** SI / NO
- ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_
- Diagnóstico:\_\_\_\_\_
- 12)**¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas?** SI / NO
- Otras, ¿cuál/es?:\_\_\_\_\_
- 13)**¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)?** SI / NO
- ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_
- ¿Está o estuvo en tratamiento? SI / NO
- Fecha del tratamiento:\_\_\_\_\_
- 14)**¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)?** SI / NO
- ¿Cuál/es?:\_\_\_\_\_
- 15) **Peso (kg)**\_\_\_\_\_



serosvital

16) **Altura (m)** \_\_\_\_\_

17) **¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad?**

SI / NO

Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado: \_\_\_\_\_

18) **Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ?**

SI / NO

¿ Cuales? \_\_\_\_\_

19) **¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición ?**

SI / NO

¿ Cuales \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

20) **¿ Posee antecedentes de cirugías?**

SI / NO

Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN:** \_\_\_\_\_

**La presente planilla con los antecedentes de Salud declarados precedentemente, revisten carácter de Declaración Jurada, El suscripto declara conocer la reglamentación y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la presente declaración jurada deliberada o no, dará derecho al ISSYS a iniciar acciones civiles y penales (artículo 172 del Código Penal de la Nación Argentina) que pudieran corresponder, como así también el análisis de la documentación y recalcado de la cuota.**

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**DNI N.º:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA Y ACLARACION**



## SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

### DATOS DEL TITULAR DE SEROS VITAL

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Nº DNI: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

1) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

2) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

3) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

4) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

5) Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma o impresión digital

### CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la Firma/ o impresión digital que antecede ha  
sido puesta en mi presencia y corresponde a :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada y



**DECLARACION JURADA DE INGRESOS**

**EL QUE SUSCRIBE DECLARA BAJO JURAMENTO QUE SUS INGRESOS MENSUALES SON \_\_\_\_\_ PESOS APROXIMADAMENTE.**

**FIRMA Y ACLARACION : \_\_\_\_\_**

**DNI N.º: \_\_\_\_\_**

**DECLARACION JURADA DE INGRES**

**EL QUE SUSCRIBE DECLARA BAJO JURAMENTO QUE SUS INGRESOS  
MENSUALES SON DE PESOS APROXIMADAMENTE.**

**FIRMA Y ACLARACION :**

**DNI N.º**