

Planilla Afiliados Voluntarios.

Solicitud de ingreso

Apellido y Nombre:
Tipo y N° de documento:
Domicilio:
Localidad y Provincia:
Fecha de nacimiento: / /

Por la presente solicito ser inscripto como afiliado voluntario en el Instituto Provincial del Seguro de Salud, IProSS, justamente con los integrantes de mi grupo familiar que detallo en formulario adjunto a la presente, manifestando que :

Doy conformidad a los términos y condiciones de las cláusulas generales y especiales del sistema que rige mi afiliación, detallados como:

ANEXO I: "Reglamento para afiliados voluntarios".

ANEXO II: "Solicitud de ingreso".

ANEXO III: "Examen de preingreso".

ANEXO IV: "Grilla de Plan y Cobertura".

ANEXO V: "Grilla de cuotas afiliatorias".

Estoy en conocimiento que mi incorporación al sistema elegido entrará en vigencia el día primero del mes siguiente al de la aceptación de esta solicitud de ingreso y posteriormente al pago de la primer cuota.

El presente convenio podrá ser unilateralmente rescindido, sin expresión de causa y en cualquier momento, notificando tal circunstancia a la otra parte, antes del día quince (15) del mes anterior al de la desvinculación.

No tengo conocimiento, que las personas incluidas en la presente, padezcan actualmente una enfermedad que requiera internación o cirugía.

La información que he dado es esta solicitud es completa y verídica y cualquier error, simulación o fraude en que hubiere incurrido hará perder, a mi y a los integrantes de mi grupo familiar, todo derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.

Me obligo a abonar al IProSS las cuotas afiliatorias correspondientes y estoy en conocimiento que el incumplimiento del compromiso de pago a la fecha de vencimiento, acarreará la aplicación de las sanciones por mora detallada en el reglamento.

Me obligo a abonar los montos determinados, en caracter de coseguro, que correspondan por las prestaciones que se realicen y en el porcentaje que el IProSS determine.

Me notifico que de no mediar aceptación expresa de esta solicitud por parte del Instituto Provincial del Seguro de Salud (IProSS) dentro de _____, de la fecha de presentación, la misma se considerará rechazada.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma