

PARA USO INTERNO DE LA OBRA SOCIAL

Originales ☐ Complementarias ☐
 Alta: ☐ Baja: ☐ Modificación: ☐ Reincorporación: ☐
 Fecha del trámite / /
 Fecha vigencia cobertura / /

Plan (*) Segmento del afiliado Código segmento Descripción del segmento Versión del segmento

Cobertura médica anterior Motivo de cambio de la cobertura médica anterior
 Motivo de cambio de plan: ☐ 1. Económicos ☐ 2. Por servicios médicos ☐ 3. Desconocido ☐ 4. Sumatoria aportes / Pluriempleo

Motivo de baja: ☐ 1. Renuncia ☐ 2. Despido ☐ 3. Acuerdo de partes ☐ 4. Cambio de Obra Social ☐ 5. Fallecimiento ☐ 6. Otros:
 Forma de pago: Paga el afiliado cuota/diferencia ☐ Paga la empresa ☐
 Ejecutivo

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Razón social N° de empresa CUIT empresa

Calle N° Piso Dpto. Código postal

Localidad Partido Provincia

Nº1: IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO TITULAR

Apellido y nombre N° Piso Dpto. Código postal

Calle N° Partido Provincia

Localidad Teléfono particular Teléfono celular

Datos adicionales

Teléfono de emergencia E-mail

N° de documento Tipo de documento N° CUIL/CUIT Estado civil Fecha de nacimiento

Nacionalidad Sexo F ☐ M ☐ Discapacitado Sí ☐ No ☐ Cargo Valor cuota inicial

Nº2: IDENTIFICACIÓN DE LOS AFILIADOS CONVIVIENTES Y NO CONVIVIENTES

(En caso de espacio insuficiente completar otra solicitud para los miembros faltantes)

Apellido y nombre Parentesco

N° de documento Tipo de documento N° CUIL/CUIT Estado civil Fecha de nacimiento

Teléfono celular E-mail

Sexo F ☐ M ☐ Discapacitado Sí ☐ No ☐ Posee otra Obra Social Sí ☐ No ☐ (ver al dorso) ¿Cuál? Convive Sí ☐ No ☐ Si no convive indicar el domicilio

Calle N° Piso Dpto. Código postal

Localidad Partido Provincia

Nº3:

Apellido y nombre Parentesco

N° de documento Tipo de documento N° CUIL/CUIT Estado civil Fecha de nacimiento

Teléfono celular E-mail

Sexo F ☐ M ☐ Discapacitado Sí ☐ No ☐ Posee otra Obra Social Sí ☐ No ☐ (ver al dorso) ¿Cuál? Convive Sí ☐ No ☐ Si no convive indicar el domicilio

Calle N° Piso Dpto. Código postal

Localidad Partido Provincia

Nº4:

Apellido y nombre Parentesco

N° de documento Tipo de documento N° CUIL/CUIT Estado civil Fecha de nacimiento

Teléfono celular E-mail

Sexo F ☐ M ☐ Discapacitado Sí ☐ No ☐ Posee otra Obra Social Sí ☐ No ☐ (ver al dorso) ¿Cuál? Convive Sí ☐ No ☐ Si no convive indicar el domicilio

Calle N° Piso Dpto. Código postal

Localidad Partido Provincia

Nº5:

Apellido y nombre Parentesco

N° de documento Tipo de documento N° CUIL/CUIT Estado civil Fecha de nacimiento

Teléfono celular E-mail

Sexo F ☐ M ☐ Discapacitado Sí ☐ No ☐ Posee otra Obra Social Sí ☐ No ☐ (ver al dorso) ¿Cuál? Convive Sí ☐ No ☐ Si no convive indicar el domicilio

Calle N° Piso Dpto. Código postal

Localidad Partido Provincia

LUGAR DE RETIRO DE LAS CREDENCIALES

OBSERVACIONES

Si corresponde por segmento de afiliación y por plan, declaro beneficiario/s del subsidio por fallecimiento a:

Tipo doc. N° de documento
 Tipo doc. N° de documento

Por la presente tomo conocimiento de las normas emanadas de la Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur sobre el plan al que me he incorporado y que constan al dorso de la presente. Presto expresa conformidad con las mismas. Asimismo tomo conocimiento de los prestadores de la cartilla y de la cobertura del plan por el que opto. Recibo en este acto las credenciales correspondientes a dicho plan. *En caso de elegir el plan Novo, al cumplir los 31 años la afiliación se encuadrará automáticamente en el plan N.

CERTIFICACIÓN DE LA EMPRESA: los datos consignados en esta solicitud concuerdan con los registros de esta Empresa, OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE SANIDAD LUIS PASTEUR.

Lugar y fecha / /

Firma del titular

Firma, sello y aclaración - Empresa

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Completar con letra de imprenta legible, indicando con una cruz el trámite a realizar.

Alta de titular en relación de dependencia: deberá completar todos los datos del titular y los del grupo familiar a incorporar, Si no estuvo afiliado anteriormente a esta Obra Social, deberá adjuntar, además, las partidas de matrimonio y de nacimiento de los hijos. Completar dato del primer mes de retención.

Alta de familiar (posterior a la incorporación del titular): marcar con una cruz en alta complementaria y consignar número de afiliado del titular, apellido y nombre del titular y los datos correspondientes a los familiares a incorporar y la partida correspondiente.

Baja del titular: consignar número de afiliado del titular, apellido y nombre del titular, último mes de retención, fecha y motivo de baja. La baja del titular implica la de su grupo familiar.

Baja de familiar: consignar número de afiliado del familiar y apellido y nombre del familiar en el sector de identificación de familiares, fecha de baja y motivo.

Modificación de datos del titular: número de afiliado del titular. Completar sólo el dato a modificar indicando el correcto.

Modificación de datos de familiar: consignar número de afiliado del familiar y el dato a modificar, indicando el correcto en el sector de identificación de familiares.

CONDICIONES GENERALES

La presente solicitud reviste el carácter de Declaración Jurada y la Obra Social se reserva el derecho de actuar conforme las normas vigentes en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.

Las partes se someten al presente contrato: al estatuto de la Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur, a las leyes 23.660, 23.661, 26.682 y sus normas reglamentarias y complementarias.

- **Derechos de los Afiliados:** el derecho a la cobertura de acuerdo con el plan elegido por el afiliado titular comenzará a partir de la entrega de las credenciales en la fecha de registro de su afiliación.

Dicha cobertura se encuentra ampliamente detallada en la cartilla (edición vigente) del plan elegido por el afiliado y que ha sido aceptado por el mismo, que integra el presente, con más sus actualizaciones. Asimismo, se dejó constancia al afiliado de los alcances de la cartilla de prestaciones médicas, a través de personal especializado, como así también se le explicaron todas las prestaciones excluidas de la cobertura. El afiliado toma conocimiento que la nómina de prestadores podrá sufrir variaciones, con la sola limitación de que ello no implique un detrimento de la calidad o accesibilidad a los servicios comprometidos y se mantenga una adecuada distribución regional, comprometiéndose la Obra Social a comunicarle tal circunstancia. Como afiliado a una Obra Social el beneficiario tiene derecho a las prestaciones y el modelo asistencial del Plan Médico Obligatorio (PMO).

El afiliado tomó conocimiento que cualquier impuesto, tasa o contribución que grave la cuota del plan o los servicios médicos asistenciales que se les brinden será a cargo del afiliado. Que la Obra Social no se encuentra obligada a cubrir por vía de reintegro las prestaciones de alta complejidad y discapacidad, siempre y cuando tenga prestadores especialmente contratados. En caso de que el afiliado opte por esta forma de cobertura y acceda a prestadores particulares, acepta expresamente que se le aplicarán los topes establecidos por la normativa vigente para cada uno de los módulos o prestaciones.

- **Obligaciones de los Afiliados:** los afiliados están obligados a comunicar dentro de los 5 (cinco) días de ocurrida toda modificación a los datos consignados en el presente, así como la baja en su afiliación o en la de su grupo familiar, entregar las credenciales respectivas y a reintegrar el importe por los usos indebidos de los servicios. El afiliado se compromete a adjuntar los documentos pertinentes para las altas, bajas y modificaciones y a obtener el CUIL de los nuevos integrantes de su grupo familiar primario. Haciéndose responsable por la omisión o falsedad de la documentación presentada y los datos declarados. En caso de falsedad de la Declaración Jurada prestada por el afiliado la Obra Social podrá rescindir el presente contrato, en virtud de los artículos 9º, 10º y concordantes de la ley 26.682.

En el caso de que algún componente del grupo familiar tenga una discapacidad (temporal o permanente) al momento de su afiliación deberá presentar el certificado médico extendido por el organismo oficial que acredite tal condición. El afiliado está obligado a presentar toda la documentación requerida por la normativa vigente para el otorgamiento de determinadas prestaciones, haciéndose responsable del perjuicio que le causare a la Obra Social la no obtención de los reintegros por parte del Sistema Único de Reintegros (o quien lo reemplace en el futuro) con motivo de tales incumplimientos.

En el caso de que haya elegido un plan distinto al Plan Médico Obligatorio y por el que deba efectuar un pago adicional, según los valores de la Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur, que se le han informado y a los que se presta conformidad en este acto, la adhesión se renovará automáticamente y sucesivamente con el solo pago de las cuotas mensuales, excepto que el afiliado manifieste fehacientemente su voluntad en contrario, debiendo comunicarlo antes del día 15 (quince) del mes anterior en que deseara dar por finalizada la afiliación, al domicilio legal de la Obra Social (Av. Callao 766, CABA, CP1023) implicando tal circunstancia la desvinculación del grupo familiar; excepto supuesto del art. 12 de la ley 26.682. La falta de pago en término del adicional por parte del afiliado implica su mora automática y autoriza a la Obra Social previa intimación o notificación por la Obra Social a transferir su afiliación al Plan Médico Obligatorio. Los pagos de las cuotas se realizarán en los lugares y modalidades determinadas por la Obra Social. En caso de modificación de las cuotas, la Obra Social se compromete a comunicarlo previamente al afiliado con una anticipación suficiente y razonable para que éste pueda decidir, si así correspondiere, el cambio de plan). La Obra Social, ante la falta oportuna del pago de la cuota a cargo del afiliado, podrá rescindir el contrato de afiliación que lo une a esta entidad, en un todo de acuerdo a lo establecido en el decreto reglamentario de la ley 26.682 N° 1993/2011, en su art. 9 inc. 2; así como también al configurarse la situación prevista en la ley 26.565, en su art. 42, y toda otra normativa existente sobre el particular.

Hijos mayores (solteros a cargo del titular): en caso de embarazo de las hijas mayores, para que la Obra Social brinde continuidad en al cobertura, la afiliada debe conformar un grupo primario independiente del grupo paterno.

DECRETO 1608/04: por el presente declaro que ni el suscripto ni ninguno de los integrantes de mi grupo familiar incorporados son titulares o familiares en otra Obra Social del Sistema Nacional de Obras Sociales. En caso de que lo fueran, me comprometo a informarlo, en este momento, en el formulario, en el lugar reservado al efecto. Si en el futuro hubiera algún cambio al respecto, me comprometo a comunicarlo, fehacientemente, dentro de los 5 (cinco) días hábiles, de producirse la modificación. Asimismo, en el caso que tuviera más de un empleo (pluriempleo) manifiesto mi voluntad de realizar unificación de aportes, a fin de dar cumplimiento al decreto citado o realizar sumatoria de aportes en el caso que tanto yo, en mi carácter de afiliado titular, como mi cónyuge estuviéramos en relación de dependencia.

DECRETO 66/19: conforme el decreto mencionado, la obra social se reserva el derecho de establecer valores diferenciales para sus planes superadores. Además, podrá estipular aumentos en las cuotas por cambios en las franjas etáreas. Por dicho motivo, al producirse alguna modificación en la edad de algún integrante del grupo familiar, dicho grupo podrá ser encuadrado automáticamente en la categoría que corresponda con la franja etárea estipulada; a saber: INDIVID./MAT. 18-25 años; INDIVID./MAT. 26-30 años; INDIVID./MAT. 31-35 años; INDIVID./MAT. 36-45 años; INDIVID./MAT. 46-49 años; INDIVID./MAT. 50-54 años; INDIVID./MAT. 55-59 años; INDIVID./MAT. 60 años o más; INDIV./MAT mayores a 65 años que no tengan una antigüedad superior a 10 años. Estas franjas podrán ser modificadas a criterio de la Obra Social, en dicho caso serán oportunamente comunicadas a los afiliados. La afiliación se renovará automáticamente con el pago de las cuotas mensuales y consecutivas, excepto que el afiliado que no desee continuar, manifieste su decisión (fehaciente) de no renovar la asociación notificando tal circunstancia a la Obra Social antes del día 15° del mes en que desee dar por finalizada la afiliación.

OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS: toda modificación que se produzca en la condición del afiliado (baja, licencia sin goce de sueldo, excedencia, etc.) deberá ser notificada a la Obra Social dentro de los 5 (cinco) días de producida, quedando a cargo de la Empresa el pago de los importes resultantes por el uso indebido de los servicios hasta tanto se presente la documentación correspondiente. Asimismo, la empresa será responsable por el depósito en tiempo y forma de las retenciones adicionales que correspondan por el plan elegido por el afiliado, como así también la de los familiares no integrantes del grupo primario y de presentar la documentación pertinente para realizar el trámite que corresponde en ANSES: reempadronamiento, recategorización y cambio de Obra Social. En todos estos supuestos, sugerimos asesorarse previamente en nuestra Sede Central sector Afiliaciones o a través de la línea de Atención a Empresas (011) 4370-1050. El plazo de vigencia del presente es indeterminado, salvo que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

I.- a) por fallecimiento del titular los integrantes del grupo familiar primario mantendrán el carácter de beneficiarios por 3 (tres) meses desde la fecha del fallecimiento. Esto, siempre que el titular fallecido se hubiere desempeñado en forma continuada por más de 3 (tres) meses; b) por extinción del contrato de trabajo los trabajadores que se hubieren desempeñado en forma continuada durante más de 3 (tres) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un periodo de 3 (tres) meses desde el distracto sin obligación de efectuar aportes; c) por cambio de Obra Social; d) suspensión del trabajador sin goce de remuneración (mantendrán su carácter de beneficiario durante 3 (tres) meses; si la suspensión se prolongara podrá optar por mantener la afiliación cumpliendo las obligaciones del aporte a su cargo y la contribución patronal); e) licencia sin goce de remuneración y f) situación de excedencia en la mujer (durante el lapso de las licencias indicadas en los puntos e) y f) podrá optar por continuar afiliada cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y la contribución patronal). Todas las coberturas del punto I) se cumplirán en el Plan Médico Obligatorio. En el caso de interrupción del trabajo por accidente o enfermedad inculpaible, dentro del plazo de conservación del empleo su afiliación se transferirá al Plan Médico Obligatorio. En todos estos supuestos sugerimos asesorarse previamente en nuestra Sede Central.

II.- a) por baja del afiliado titular (en las condiciones del punto I) incisos a), b), d) y f); b) por fallecimiento del familiar (en este caso se producirá la resolución parcial del contrato: con referencia a ese familiar); c) por renuncia a la Obra Social; d) en caso del cónyuge: por sentencia firme de divorcio vincular; e) si se trata de concubino/a: cesación de la convivencia con el titular (que implicará la baja de los hijos del concubino no habidos en común con el titular); f) en cuanto a los hijos: al cumplir la mayoría de edad, solteros, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, salvo que cursen estudios regulares en establecimientos reconocidos por la autoridad competente y estén a cargo del titular hasta los 25 (veinticinco) años inclusive (excepto contrato de trabajo, emancipación dativa por matrimonio o comercial); g) contratación corporativa: el usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la Obra Social, tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes si solicita dicha continuación dentro de los 60 (sesenta) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba.

III.- La Obra Social podrá dar de baja a los afiliados que hayan perdido su condición de tales. Conforme a los causales y el procedimiento previsto en el artículo 33 del estatuto que dice: "Los afiliados perderán dicho carácter por renuncia, fallecimiento, expulsión o exclusión. **EXPULSIÓN:** son causales de expulsión las siguientes: a) incumplimiento de las disposiciones estatutarias y reglamentarias, b) hacer voluntariamente daño a la Obra Social y observar una conducta perjudicial a los intereses sociales, c) haber cometido actos graves de deshonestidad o engaño a la Obra Social para obtener un beneficio a costa de ella. **EXCLUSIÓN:** en los titulares y adherentes no reintegrar el importe actualizado de los gastos, prestaciones y/o servicios derivados del uso indebido o malicioso de una credencial o de una que se halle caduca, así como una manifiesta inconducta en su forma de actuar. Previo a la exclusión deberá hacerse saber al afiliado la morosidad o actitud por medio fehaciente, intimándolo a regularizar su situación dentro de los 10 (diez) días corridos a cuyo vencimiento se resolverá por el Directorio sin más trámite, la exclusión, no pudiendo volver a formar parte de la Obra Social sin previamente abonar las sumas adeudadas con más actualizaciones y recargos. La expulsión o exclusión del afiliado significará automáticamente la desvinculación total del grupo familiar beneficiario. El afiliado a quien se le aplique la sanción de expulsión o exclusión podrá interponer el correspondiente recurso de apelación ante el Directorio, dentro de los 15 (quince) días corridos de habérsele notificado la medida por medio fehaciente en forma fundada. Pasado este período no tendrá derecho a apelación. Interpuesto en tiempo y forma el recurso antes mencionado el apelante tendrá derecho a concurrir a Asamblea que trate su caso a efectos de ampliar en forma personal su defensa, haciendo uso de su voz pero no de voto. El afiliado expulsado que quisiera ingresar nuevamente a la Obra Social, deberá dirigir su pedido al Directorio quien decidirá -siendo tal decisión inapelable- si hará lugar o no tal solicitud.

- **Cobertura por ley Nacional de Empleos 24.013:** la cobertura médico asistencial a cargo de la Obra Social se brindará mientras subsista el derecho del afiliado a percibir la prestación económica por desempleo (art. 19 inc. a). Esta cobertura se prestará a través del Plan Médico Obligatorio (PMO) a partir de la fecha en que se acredite ante la Obra Social el otorgamiento del beneficio de la prestación económica por desempleo. Mensualmente el afiliado deberá retirar las credenciales provisorias, previa exhibición del recibo de pago original y acompañando fotocopia simple del mismo. En caso de suspensión y extinción de las prestaciones, se deberá comunicar dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas a la Obra Social, cesando el derecho a la cobertura de los servicios médico-asistenciales. Caso contrario, deberá hacerse cargo del costo de las prestaciones recibidas por el uso indebido de los servicios.

Se informa a los usuarios que los ejemplares del los contratos se encuentran disponibles en el sitio web institucional. Conforme art. 34 de la ley 24.240, si el presente contrato fuera suscrito mediante venta telefónica, correspondencia, medio postal, telecomunicaciones, electrónico o similar, el consumidor tiene derecho a revocar la aceptación durante el plazo de DIEZ (10) días corridos contados a partir de la fecha en que se entregue el bien o se celebre el contrato, lo último que ocurra, sin responsabilidad alguna. Esta facultad no puede ser dispensada ni renunciada.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

A requerimiento de la "DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES", se informa que "EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A 6 (SEIS) MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO".

LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD TIENE HABILITADO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR, DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS, CONSULTAS RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES EN LA OPERATORIA DE TRASPASOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A VIERNES DE 10 A 16, LLAMANDO AL 0800 222 72583 (SALUD) O POR MAIL: info@sssalud.gob.ar O INGRESANDO A TRAVÉS DE www.sssalud.gob.ar.

IMPORTANTE: lo señalado entre [] (corchetes) es sólo aplicable a los afiliados titulares (plenos y con dedicación parcial).

FIRMA DEL TITULAR Y ACLARACIÓN: [FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA]:

FIRMA, ACLARACIÓN y SELLO DEL EJECUTIVO COMERCIAL:

FIRMA POR LA OBRA SOCIAL Y ACLARACIÓN:

CABA, a los días del mes de de 20