

La Información Precedente la Expreso en Carácter de Declaración Jurada.

Declaro conocer y aceptar los estatutos y reglamentos de Amur, como también el régimen de penalidad por mora en el pago de las cuotas sociales, reglamentos por accidentes, cuyas copias me fueron entregadas en este acto, sirviendo el presente de eficaz recibo de recepción. Asimismo declaro conocer y aceptar el listado de prestadores y/o efectores médicos con que cuenta Amur y a los que deberé acudir para el tratamiento de las patologías con carencias por preexistencias –conocidas o no al momento de mi afiliación-, coseguros y cuotas diferenciales establecidas en el listado que conjuntamente con cartilla de prestadores me son entregados en este acto, sirviendo el presente de eficaz recibo de recepción. Para la cobertura o atención de intervenciones quirúrgicas complementarias de afecciones anteriores a la fecha de mi afiliación, declaradas o no, también deberé acudir a los prestadores y/o efectores que integran la cartilla recientemente mencionada. El listado que contiene las patologías referidas recientemente podrá ampliarse en la medida que sean incorporadas por la Superintendencia de Servicios de Salud o el organismo pertinente. (Art. 10 Dec. Reglamentario Nº 1991/11) (ley 26.682):“... Los periodos de acceso progresivo en ningún caso podrán superar los doce (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual...”)

Declaro conocer y aceptar que cualquier inexactitud, omisión o falsedad en la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud que forma parte integrante de esta solicitud de socio, facultara a Amur a invalidar y/o rescindir el contrato en cualquier momento que le constate, aunque ya hubiera recibido prestaciones medicas asistenciales por parte de Amur. (Art. 9 inc. 2) b) Dec. Reglamentario Nº 1991/11 (ley 26.682):“Resolución efectuada por las entidades mencionadas en el artículo 1º de esta reglamentación:... b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá acreditarse que el usuario no obro de buena fe en los términos del artículo 961 del Código Civil y Comercial”)

Amur se reserva el derecho de admitir o no mi solicitud y esta se considerará en firme cuando me sea comunicada la aceptación. Amur podrá rechazar mi afiliación para el caso que estuviera afiliado a una obra social o prepaga o contara con la cobertura médica de programas especiales a la fecha de presentación de la solicitud de socio.

Mi permanencia como socio es por tiempo indefinido hasta el momento de presentación de la renuncia, tomándose como fecha de la misma la fecha de la comunicación fehaciente en la Central de Administración de Amur. Declaro conocer y aceptar que podré utilizar el derecho de renuncia solamente una vez por año.

Importante: me notifico que a las cuotas sociales deberé abonarlas a través de red bancaria en cuenta única y exclusiva habilitada para tal fin (de acuerdo al art. 17 de la ley 26682) y que la falta de pago en tiempo y forma de una cuota implica la suspensión automática de la cobertura sin necesidad de notificación ni interpelación previa de ninguna naturaleza. Si Amur decide rescindir el contrato por falta de pago de las cuotas sociales, desde el mismo momento de la rescisión no recibiré servicios ni cobertura alguna por parte de Amur y/o del financiador y/o efector de salud, quedando facultada Amur a iniciar las acciones legales pertinentes tendientes al cobro de todos los gastos que hubiera realizado como también de las cuotas sociales impagas.

Declaro conocer que la falta de pago en tiempo y forma de tres (3) cuotas seguidas y consecutivas o de cinco (5) cuotas alternadas, facultara a Amur a rescindir el contrato, previa notificación de mi constitución en mora e intimación de pago íntegro de la deuda en un plazo improrrogable y perentorio de diez (10) días corridos a contar de la recepción.

Para todos los efectos judiciales o extrajudiciales derivados de mi relación con esa entidad, serán válidas todas las notificaciones que se me cursen en el lugar señalado como mi domicilio, sometiéndome para cualquier diferendo a la jurisdicción de los tribunales de la ciudad de Santa Fe, provincia de Santa Fe, y renuncio a cualquier otro fuero o jurisdicción, incluso el federal si correspondiere.

RECIBÍ DE CONFORMIDAD COPIA DE LA PRESENTE SOLICITUD DE SOCIO.

(1) Si los aportes retenidos al empleado no fueran abonados por la empresa a la AFIP, autorizo a Amur a cobrar el costo al afiliado con el fin de no suspender la cobertura superadora del plan.

(2) Los mayores de 21 años conformaran automáticamente una cuenta nueva con idéntica antigüedad que el grupo original, debiendo completar la documentación dentro de 30 días de cumplida la edad para la continuidad del servicio.

En caso que estudie de 21 a 25 años, presentando certificado de estudios de nivel terciario y/o universitarios puede permanecer dentro del grupo familiar.

Firma del titular

Aclaración _____
DNI _____

Amur

SAÚDE · ÓPTICA · FARMACIA · CENTRO MÉDICO · CSA

Nº DE SOCIO:

PLAN:

FECHA CONTRATO: / /

INGRESO EN AMUR:

CONTRATO DE ADHESIÓN

C.U.I.L. DEL TITULAR

OBRA SOCIAL DE LA QUE PROVIENE

OBRA SOCIAL A LA QUE TRASPASA

Mes /año de ingreso

Numero

Código

EMPRESA

DELEGACIÓN / AGENCIA

Código

Denominación

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres

Sexo

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Profesión

Dirección

Localidad

Codigo postal

Partido o departamento

Provincia

Tel. Particular

Tel. Laboral

e-mail

Factura Electrónica

SI

NO

Domicilio envío correspondencia

BENEFICIARIOS A CARGO

Parentesco

CUIL

Apellido y Nombres

Sexo

Fecha Nacimiento

Firma del titular

Tipo y Nº Documento

continúa al dorso

SOLICITUD DE ALTA DE EMPRESA

Señores AMUR: Solicito se sirvan dar de alta a la siguiente Empresa cuyos datos detallo

Razón Social			C.U.I.T		
Dirección					
Localidad			Codigo postal		
Partido o departamento			Provincia		
Responsable empresa					
Tel Empresa			e-mail		
Obra Social a la que ingresan			Mes de Alta		
<input type="checkbox"/> Solidaria <input type="checkbox"/> Individual con boleta al socio <input type="checkbox"/> A la empresa					
FORMULARIOS PRESENTADOS <input type="checkbox"/> 931 <input type="checkbox"/> AFIP					

UNIFICACIÓN DE APORTES PLURIEMPLEO

CUIT Empresa	Cod. Familiar	Cod. Empresa	Empresa donde aporta / denominación

OBSERVACIONES: _____

PROMOTOR

Código			Firma		
Apellido y Nombre					
Firma del titular			Tipo y N° Documento		

VALOR CUOTA MUTUAL

Servicios Mutuales					
Cuota Mutual					\$
Servicio Sepelio	SI		NO		\$
Servicio Inhumación	SI		NO		\$
SUB TOTAL SERVICIOS MUTUALES					\$
Servicios de Salud					
Costo de plan	\$	Bonificación		\$()	
Aporte Socio Obligatorio	\$()				
Aporte monotributo	\$()				
Unificación de Aporte	\$()				
Diferencia a Pagar					\$
Factura Impresa					\$
SUB TOTAL SERVICIOS DE SALUD					\$
TOTAL A PAGAR					\$

FORMAS DE PAGO

DÉBITO EN CUENTA	DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO
N° CBU <input type="checkbox"/> Cta. Corriente <input type="checkbox"/> Caja de Ahorro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Banco _____	Tarjeta _____
Sucursal _____	_____

CARENCIAS Normal 50% Sin Carencias

OBSERVACIONES: _____

Reconozco que he sido informado/a en forma fehaciente, eficaz y completa que con el paso del tiempo se modificará el valor del costo del plan médico en razón del cambio de edad de acuerdo a la división por franjas etarias dispuestas por AMUR, y por la variaciones de estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos que efectúe.

Asimismo, AMUR, podrá reducir y/o dejar sin efecto las bonificaciones en el valor de los planes de salud y en el de la cuota mutual.

Firma del titular			Tipo y N° Documento		
-------------------	--	--	---------------------	--	--