OMINT

Solicitud de Ingreso

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

Socio Nº:

Nº: S Codigo: SI031076-8 | Página: 1/2

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.
En los casilleros ❑ marque con una cruz la opción que corresponda.

Socio Individual Directo ❑	Socio vía Obra Social ❑	Socio Monotributista ❑	Grupos Afinidad ❑	N-Choice ❑	Titular responsable sin cobertura (Menores de 18 años que trabajan) ❑	Campaña

Datos del titular

Nº 00	Apellido/s	Nombre/s			
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Estado civil Nº	

Beneficiarios dependientes (en caso de necesitar espacio para más beneficiarios, usar otro formulario)

(Parentescos C: Cónyuge/ H: Hijo/ F: Familiar a cargo)

Nº 01	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº	
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 02	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº	
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 03	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº	
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 04	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº	
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Tipo de Documento: 1: CUIL/ 2: PA (Pasaporte)/ 3: CM (Certificado Migratorio)/ 4: ET (En Trámite para recién nacidos sin DNI). En ciudadanos argentinos, solo se aceptará CUIL.
Estado civil: 1: Soltero/ 2: Casado/ 3: Viudo/ 4: Separado Legal/ 5: Separado de Hecho/ 6: Divorciado/ 7: Concubinato.

Domicilios

1	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia		
Teléfono ( )		Teléfono Celular ( )		
E-mail				
2	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono ( )	

Marque con una x según corresponda

Domicilio de recepción de materiales / comunicaciones: Sucursal ❑ Indique cual: Domicilio 1 ❑ Domicilio 2 ❑

Contrato

Plan	Módulo Adicional	Suma aportes con el Cónyuge Si ❑ No ❑	Vigencia 01

Datos de desregulación y Grupo de Afinidad (Para cada beneficiario desregulado adjuntar: últimos recibos de sueldo, formulario de Obra Social y formulario de la SSS)

Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	Obra Social	
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad		
Benef.	Vigencia	Código Empresa		PMO Obra Social ❑	PMO OMINT ❑

Precio de cuota mensual vigente a la fecha para la cobertura contratada

$	Diferencia a pagar aproximada $	IVA no incluído. Precio válido para la totalidad del grupo familiar indicado en este formulario

Tabla de valores de cuota por edad y por beneficiario del plan elegido del Titular y su grupo familiar

PRECIO								

Los precios arriba especificados son actuales y podrán ser modificados de acuerdo a lo establecido en el reglamento suscripto al ingreso conjuntamente con la firma en la presente solicitud.
En el supuesto que el aporte correspondiente al salario no alcanzare a cubrir íntegramente el valor del plan superador contratado, la diferencia entre el aporte y el valor del plan se encontrará a exclusivo cargo del titular.

Firma del Titular:

Datos impositivos (sólo llenar cuando el titular solicita condiciones especiales de facturación)

❑ Consumidor final ❑ Monotributista ❑ Responsable inscripto

⇩ Cuando corresponda completar CUIT y adjuntar Nº de Ingresos Brutos con copia del formulario de Inscripción y del formulario de la AFIP.

CUIT (sin espacios ni guiones) | Nº Empresa:

Adhesión a débito automático de cuenta bancaria.

❑ Débito directo de cuenta bancaria ⇨ CBU

Medios de pago sin costo adicional: Pago directo desde cuenta bancaria, Pago por internet, Pago en cajero automático, Pago en bancos adheridos, Pago mis cuentas, Bapro, Sucursales OMINT;
para más información www.omint.com.ar, Servicios al Socio, Atención al Cliente, Medios de pago.

Adhesión a débito automático con tarjeta de crédito.

Débito automático con tarjeta de crédito	Número de tarjeta de crédito (sin espacios ni guiones)	Firma del Titular de la cuenta o tarjeta de crédito
❑ VISA ❑ AMEX ❑ Mastercard ❑ Diners ❑ Otra (especificar):	Vencimiento tarjeta de crédito Mes /Año: ..... /	Aclaración:

Declaro bajo juramento que asumo plena responsabilidad por los datos bancarios informados en la presente.

OMINT

Declaración Jurada de Salud

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta. En caso de necesitar más espacio, utilice otro formulario.

Socio Nº | | | | | | | | | | |

- Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular interesado, sobre su persona y sus Beneficiarios Dependientes, de forma de permitir a OMINT analizar la posibilidad de su aceptación en el plan.
- Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño, sabiendo que si Ud. no hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en la aceptación de la propuesta, perderá automáticamente su condición de socio.
- Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por OMINT.
- OMINT se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión.

Lea atentamente las siguientes preguntas y complete todos los casilleros correspondientes a cada miembro del grupo familiar. Escriba **Sí** para respuestas afirmativas o **No** para negativas. Deberá explicar las respuestas afirmativas de forma detallada más abajo en la **Planilla de Observaciones**.

Preguntas	Titular 00	Benef. 01	Benef. 02	Benef. 03	Benef. 04
01. Edad					
02. Peso					
03. Talla					
04. ¿Tuvo alguna internación clínica, psiquiátrica o quirúrgica en los últimos 10 años?					
05. ¿Padeció o presenta actualmente alguna enfermedad, anormalidad, deficiencia y/o secuela física o psíquica y/o discapacidad? Ejemplos no excluyentes: esclerosis múltiple, diabetes, epilepsia, trastornos de la visión, HIV, hipertensión arterial, cardiovasculares, oncológicas, insuficiencia renal, etc.					
06. ¿Padeció o presenta actualmente adicción a drogas, alcohol u otras sustancias?					
07. Medicamentos que recibe actualmente (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
08. Medicamentos que ha recibido, en tratamientos de más de un mes de duración (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
09. ¿Realizó exámenes de diagnóstico tales como: análisis de laboratorio, radiológicos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos, resonancias, mamografías u otros estudios en los últimos 12 meses?					
10. ¿Presenta lesiones en la piel que necesitan tratamiento, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, etc.?					
11. ¿Presenta o presentó alguna afección ginecológica, obstétrica o mamaria?					
12. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo, indique semana de gestación y si se trata de embarazo simple o múltiple.					
13. ¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación?					
14. ¿Requiere trasplante de órganos y/o implante o renovación de prótesis?					
15. ¿Tiene colocada alguna prótesis o implante actualmente o con anterioridad?					
16. ¿Presenta o ha presentado obesidad, anorexia, bulimia u otros transtrornos de la alimentación?					
17. ¿Es o ha sido fumador? En caso afirmativo indique cantidad diaria, desde y hasta cuando.					
18. ¿Tiene pendientes internaciones programadas, operaciones programadas o estudios programados que deberán ser realizados dentro de los próximos 7 meses?					

Planilla de Observaciones. Para cada respuesta afirmativa del cuadro anterior, indique número de pregunta, beneficiario y fecha del evento. Luego detalle descripción y resultados.

Pregunta	Benef. Nº	Fecha del evento	Descripción y resultados

Declaro que las informaciones que figuran arriba son expresión de la verdad, pudiendo OMINT considerarlas para análisis, aceptación de ingreso y decisión sobre la continuidad de las coberturas. Autorizo a OMINT, para que a través de su Departamento Médico, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Observaciones

Señores OMINT S.A. de Servicios en adelante "LA EMPRESA".
Por la presente solicito ser aceptado como socio titular de esta institución, de la que serán también beneficiarias las personas indicadas en esta solicitud, en el plan elegido, cuyos términos y condiciones, especialmente respecto de cobertura, precio, variaciones de cuota, suspensión de cobertura por falta de pago, condiciones para el otorgamiento de licencias, entre otras, me han sido enteramente informadas y he aceptado. La presente solicitud se considera aprobada cuando se me entreguen las Credenciales y el Manual del Beneficiario. Los trámites previos que realice, así como el pago de la primera cuota, son "ad referéndum" de la posterior aprobación por parte de "LA EMPRESA". El Manual del Beneficiario representa el estricto convenio entre "LA EMPRESA" y el Suscripto y, en caso de sufrir modificaciones o adecuaciones por parte de "LA EMPRESA", me serán notificadas mediante circulares, cartillas o por la página web www.omint.com.ar. En el supuesto de no recibirlo, me hago responsable de reclamarlo en sus oficinas y, por lo tanto, no podré alegar su desconocimiento, ni tampoco podrán hacerlo los beneficiarios. En caso de no estar conforme con las condiciones del reglamento, o de no continuar de acuerdo con los términos y condiciones del plan que voluntariamente he elegido o de no estar de acuerdo con las modificaciones o adecuaciones que "LA EMPRESA" disponga, podré dejar sin efecto mi asociación mediante notificación fehaciente dentro de los 30 días de la fecha de aceptación de esta solicitud o de los 15 días de la fecha de la circular informando las modificaciones o adecuaciones, sin que surja derecho de ello a indemnizaciones entre las partes ni, en el primer supuesto, derecho a gasto médico, reintegro o cobertura. Declaro que todos los datos consignados en esta Solicitud de Ingreso son exactos. Acepto cumplir, tanto yo como los beneficiarios, con todas las normas establecidas por vuestra institución que figuran en el Reglamento, el que declaro conocer y aceptar, para obtener los beneficios contratados. En caso de ser el Suscripto un socio desregulado, informaré a "LA EMPRESA" cualquier situación que traiga aparejada una reducción o ausencia de aportes (tales como despido, cambio de empleo, licencia sin goce de sueldo, licencia por maternidad, falta de pago del empleador, etc.), y acepto que en estos casos se efectúen los ajustes necesarios sobre mi facturación mensual. Tomo conocimiento que, en caso de adherir al débito automático para el pago de cuotas, dependiendo de las fechas relativas de corte de mi tarjeta de crédito, de emisión de facturas de "LA EMPRESA" y del alta fehaciente en "LA EMPRESA" de mi solicitud de débito, podré recibir en una misma factura el débito simultáneo de dos o más meses consecutivos. Acepto expresamente que en caso de contar con un valor de cuota especial producto de pertenecer a una Empresa o grupo de afinidad determinado, el mismo estará sujeto a variaciones si variase en menos la cantidad o composición de cápitas y/o grupos familiares asociados a través de la misma Empresa y/o grupo de afinidad, y/o variase la relación contractual de la Empresa o grupo de afinidad con "LA EMPRESA".

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

Promotores

Código	Porcentaje %	Código	Porcentaje %	Código	Porcentaje %
Nombre		Nombre		Nombre	

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 seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
La finalidad de la recolección de los Datos Personales es para conocer información de los interesados que permita ofrecer el servicio que mas se adecúe a sus necesidades.

OMINT

Solicitud de Ingreso

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

Socio Nº:

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.
En los casilleros ❑ marque con una cruz la opción que corresponda.

Nº: S Codigo: SI031077-2 | Página: 1/2

Socio Individual Directo ❑	Socio vía Obra Social ❑	Socio Monotributista ❑	Grupos Afinidad ❑	N-Choice ❑	Titular responsable sin cobertura (Menores de 18 años que trabajan) ❑	Campaña

Datos del titular

Nº 00	Apellido/s	Nombre/s		
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Estado civil Nº

Beneficiarios dependientes (en caso de necesitar espacio para más beneficiarios, usar otro formulario)

(Parentescos C: Cónyuge/ H: Hijo/ F: Familiar a cargo)

Nº 01	Apellido/s	Nombre/s		Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 02	Apellido/s	Nombre/s		Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 03	Apellido/s	Nombre/s		Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑
Nº 04	Apellido/s	Nombre/s		Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Tipo de Documento: 1: CUIL/ 2: PA (Pasaporte)/ 3: CM (Certificado Migratorio)/ 4: ET (En Trámite para recién nacidos sin DNI). En ciudadanos argentinos, solo se aceptará CUIL.
Estado civil: 1: Soltero/ 2: Casado/ 3: Viudo/ 4: Separado Legal/ 5: Separado de Hecho/ 6: Divorciado/ 7: Concubinato.

Domicilios

1	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia		
Teléfono ( )		Teléfono Celular ( )		
E-mail				
2	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono ( )	

Marque con una x según corresponda

Domicilio de recepción de materiales / comunicaciones: Sucursal ❑ Indique cual: Domicilio 1 ❑ Domicilio 2 ❑

Contrato

Plan	Módulo Adicional	Suma aportes con el Cónyuge Si ❑ No ❑	Vigencia 01

Datos de desregulación y Grupo de Afinidad (Para cada beneficiario desregulado adjuntar: últimos recibos de sueldo, formulario de Obra Social y formulario de la SSS)

Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	Obra Social	
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad		
Benef.	Vigencia	Código Empresa		PMO Obra Social ❑	PMO OMINT ❑

Precio de cuota mensual vigente a la fecha para la cobertura contratada

$	Diferencia a pagar aproximada $	IVA no incluído. Precio válido para la totalidad del grupo familiar indicado en este formulario

Tabla de valores de cuota por edad y por beneficiario del plan elegido del Titular y su grupo familiar

PRECIO								

Los precios arriba especificados son actuales y podrán ser modificados de acuerdo a lo establecido en el reglamento suscripto al ingreso conjuntamente con la firma en la presente solicitud.
En el supuesto que el aporte correspondiente al salario no alcanzare a cubrir íntegramente el valor del plan superador contratado, la diferencia entre el aporte y el valor del plan se encontrará a exclusivo cargo del titular.

Firma del Titular:

Datos impositivos (sólo llenar cuando el titular solicita condiciones especiales de facturación)

❑ Consumidor final ❑ Monotributista
❑ Responsable inscripto

⇩ Cuando corresponda completar CUIT y adjuntar Nº de Ingresos Brutos con copia del formulario de Inscripción y del formulario de la AFIP.

CUIT (sin espacios ni guiones) | Nº Empresa:

Adhesión a débito automático de cuenta bancaria.

❑ Débito directo de cuenta bancaria ⇨ CBU

Medios de pago sin costo adicional: Pago directo desde cuenta bancaria, Pago por internet, Pago en cajero automático, Pago en bancos adheridos, Pago mis cuentas, Bapro, Sucursales OMINT;
para más información www.omint.com.ar, Servicios al Socio, Atención al Cliente, Medios de pago.

Adhesión a débito automático con tarjeta de crédito.

Débito automático con tarjeta de crédito	Número de tarjeta de crédito (sin espacios ni guiones)	Firma del Titular de la cuenta o tarjeta de crédito
❑ VISA ❑ AMEX ❑ Mastercard ❑ Diners ❑ Otra (especificar):	Vencimiento tarjeta de crédito Mes /Año: ..... /	Aclaración:

Declaro bajo juramento que asumo plena responsabilidad por los datos bancarios informados en la presente.

OMINT

Declaración Jurada de Salud

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta. En caso de necesitar más espacio, utilice otro formulario.

Socio Nº

- Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular interesado, sobre su persona y sus Beneficiarios Dependientes, de forma de permitir a OMINT analizar la posibilidad de su aceptación en el plan.
- Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño, sabiendo que si Ud. no hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en la aceptación de la propuesta, perderá automáticamente su condición de socio.
- Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por OMINT.
- OMINT se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión.

Lea atentamente las siguientes preguntas y complete todos los casilleros correspondientes a cada miembro del grupo familiar. Escriba **Sí** para respuestas afirmativas o **No** para negativas. Deberá explicar las respuestas afirmativas de forma detallada más abajo en la **Planilla de Observaciones**.

Preguntas	Titular 00	Benef. 01	Benef. 02	Benef. 03	Benef. 04
01. Edad					
02. Peso					
03. Talla					
04. ¿Tuvo alguna internación clínica, psiquiátrica o quirúrgica en los últimos 10 años?					
05. ¿Padeció o presenta actualmente alguna enfermedad, anormalidad, deficiencia y/o secuela física o psíquica y/o discapacidad? Ejemplos no excluyentes: esclerosis múltiple, diabetes, epilepsia, trastornos de la visión, HIV, hipertensión arterial, cardiovasculares, oncológicas, insuficiencia renal, etc.					
06. ¿Padeció o presenta actualmente adicción a drogas, alcohol u otras sustancias?					
07. Medicamentos que recibe actualmente (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
08. Medicamentos que ha recibido, en tratamientos de más de un mes de duración (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
09. ¿Realizó exámenes de diagnóstico tales como: análisis de laboratorio, radiológicos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos, resonancias, mamografías u otros estudios en los últimos 12 meses?					
10. ¿Presenta lesiones en la piel que necesitan tratamiento, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, etc.?					
11. ¿Presenta o presentó alguna afección ginecológica, obstétrica o mamaria?					
12. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo, indique semana de gestación y si se trata de embarazo simple o múltiple.					
13. ¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación?					
14. ¿Requiere trasplante de órganos y/o implante o renovación de prótesis?					
15. ¿Tiene colocada alguna prótesis o implante actualmente o con anterioridad?					
16. ¿Presenta o ha presentado obesidad, anorexia, bulimia u otros transtrornos de la alimentación?					
17. ¿Es o ha sido fumador? En caso afirmativo indique cantidad diaria, desde y hasta cuando.					
18. ¿Tiene pendientes internaciones programadas, operaciones programadas o estudios programados que deberán ser realizados dentro de los próximos 7 meses?					

Planilla de Observaciones. Para cada respuesta afirmativa del cuadro anterior, indique número de pregunta, beneficiario y fecha del evento. Luego detalle descripción y resultados.

Pregunta	Benef. Nº	Fecha del evento	Descripción y resultados

Declaro que las informaciones que figuran arriba son expresión de la verdad, pudiendo OMINT considerarlas para análisis, aceptación de ingreso y decisión sobre la continuidad de las coberturas. Autorizo a OMINT, para que a través de su Departamento Médico, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Observaciones

Señores OMINT S.A. de Servicios en adelante "LA EMPRESA".
Por la presente solicito ser aceptado como socio titular de esta institución, de la que serán también beneficiarias las personas indicadas en esta solicitud, en el plan elegido, cuyos términos y condiciones, especialmente respecto de cobertura, precio, variaciones de cuota, suspensión de cobertura por falta de pago, condiciones para el otorgamiento de licencias, entre otras, me han sido enteramente informadas y he aceptado. La presente solicitud se considera aprobada cuando se me entreguen las Credenciales y el Manual del Beneficiario. Los trámites previos que realice, así como el pago de la primera cuota, son "ad referéndum" de la posterior aprobación por parte de "LA EMPRESA". El Manual del Beneficiario representa el estricto convenio entre "LA EMPRESA" y el Suscripto y, en caso de sufrir modificaciones o adecuaciones por parte de "LA EMPRESA", me serán notificadas mediante circulares, cartillas o por la página web www.omint.com.ar. En el supuesto de no recibirlo, me hago responsable de reclamarlo en sus oficinas y, por lo tanto, no podré alegar su desconocimiento, ni tampoco podrán hacerlo los beneficiarios. En caso de no estar conforme con las condiciones del reglamento, o de no continuar de acuerdo con los términos y condiciones del plan que voluntariamente he elegido o de no estar de acuerdo con las modificaciones o adecuaciones que "LA EMPRESA" disponga, podré dejar sin efecto mi asociación mediante notificación fehaciente dentro de los 30 días de la fecha de aceptación de esta solicitud o de los 15 días de la fecha de la circular informando las modificaciones o adecuaciones, sin que surja derecho de ello a indemnizaciones entre las partes ni, en el primer supuesto, derecho a gasto médico, reintegro o cobertura. Declaro que todos los datos consignados en esta Solicitud de Ingreso son exactos. Acepto cumplir, tanto yo como los beneficiarios, con todas las normas establecidas por vuestra institución que figuran en el Reglamento, el que declaro conocer y aceptar, para obtener los beneficios contratados. En caso de ser el Suscripto un socio desregulado, informaré a "LA EMPRESA" cualquier situación que traiga aparejada una reducción o ausencia de aportes (tales como despido, cambio de empleo, licencia sin goce de sueldo, licencia por maternidad, falta de pago del empleador, etc.), y acepto que en estos casos se efectúen los ajustes necesarios sobre mi facturación mensual. Tomo conocimiento que, en caso de adherir al débito automático para el pago de cuotas, dependiendo de las fechas relativas de corte de mi tarjeta de crédito, de emisión de facturas de "LA EMPRESA" y del alta fehaciente en "LA EMPRESA" de mi solicitud de débito, podré recibir en una misma factura el débito simultáneo de dos o más meses consecutivos. Acepto expresamente que en caso de contar con un valor de cuota especial producto de pertenecer a una Empresa o grupo de afinidad determinado, el mismo estará sujeto a variaciones si variase en menos la cantidad o composición de cápitas y/o grupos familiares asociados a través de la misma Empresa y/o grupo de afinidad, y/o variase la relación contractual de la Empresa o grupo de afinidad con "LA EMPRESA".

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

Promotores

Código	Porcentaje %	Código	Porcentaje %	Código	Porcentaje %
Nombre		Nombre		Nombre	

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 seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
La finalidad de la recolección de los Datos Personales es para conocer información de los interesados que permita ofrecer el servicio que mas se adecúe a sus necesidades.

OMINT

Solicitud de Ingreso

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

Socio Nº:

Nº: S Codigo: SI031078-7 | Página: 1/2

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.
En los casilleros ❑ marque con una cruz la opción que corresponda.

Socio Individual Directo ❑	Socio vía Obra Social ❑	Socio Monotributista ❑	Grupos Afinidad ❑	N-Choice ❑	Titular responsable sin cobertura (Menores de 18 años que trabajan) ❑	Campaña

Datos del titular

Nº 00	Apellido/s	Nombre/s

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Estado civil Nº

Beneficiarios dependientes (en caso de necesitar espacio para más beneficiarios, usar otro formulario)

(Parentescos C: Cónyuge/ H: Hijo/ F: Familiar a cargo)

Nº 01	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 02	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 03	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 04	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Tipo de Documento: 1: CUIL/ 2: PA (Pasaporte)/ 3: CM (Certificado Migratorio)/ 4: ET (En Trámite para recién nacidos sin DNI). En ciudadanos argentinos, solo se aceptará CUIL.
Estado civil: 1: Soltero/ 2: Casado/ 3: Viudo/ 4: Separado Legal/ 5: Separado de Hecho/ 6: Divorciado/ 7: Concubinato.

Domicilios

1	Calle	Número	Piso	Dpto.

Código Postal	Localidad	Provincia

Teléfono ( )	Teléfono Celular ( )

E-mail	

2	Calle	Número	Piso	Dpto.

Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono ( )

Marque con una x según corresponda

Domicilio de recepción de materiales / comunicaciones: Sucursal ❑ Indique cual: Domicilio 1 ❑ Domicilio 2 ❑

Contrato

Plan	Módulo Adicional	Suma aportes con el Cónyuge Si ❑ No ❑	Vigencia 01

Datos de desregulación y Grupo de Afinidad (Para cada beneficiario desregulado adjuntar: últimos recibos de sueldo, formulario de Obra Social y formulario de la SSS)

Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	Obra Social	
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad		
Benef.	Vigencia	Código Empresa		PMO Obra Social ❑	PMO OMINT ❑

Precio de cuota mensual vigente a la fecha para la cobertura contratada

$	Diferencia a pagar aproximada $	IVA no incluído. Precio válido para la totalidad del grupo familiar indicado en este formulario

Tabla de valores de cuota por edad y por beneficiario del plan elegido del Titular y su grupo familiar

PRECIO								

Los precios arriba especificados son actuales y podrán ser modificados de acuerdo a lo establecido en el reglamento suscripto al ingreso conjuntamente con la firma en la presente solicitud.
En el supuesto que el aporte correspondiente al salario no alcanzare a cubrir íntegramente el valor del plan superador contratado, la diferencia entre el aporte y el valor del plan se encontrará a exclusivo cargo del titular.

Firma del Titular:

Datos impositivos (sólo llenar cuando el titular solicita condiciones especiales de facturación)

❑ Consumidor final ❑ Monotributista
❑ Responsable inscripto

⇩ Cuando corresponda completar CUIT y adjuntar Nº de Ingresos Brutos con copia del formulario de Inscripción y del formulario de la AFIP.

CUIT (sin espacios ni guiones) | Nº Empresa:

Adhesión a débito automático de cuenta bancaria.

❑ Débito directo de cuenta bancaria ⇨ CBU

Medios de pago sin costo adicional: Pago directo desde cuenta bancaria, Pago por internet, Pago en cajero automático, Pago en bancos adheridos, Pago mis cuentas, Bapro, Sucursales OMINT; para más información www.omint.com.ar, Servicios al Socio, Atención al Cliente, Medios de pago.

Adhesión a débito automático con tarjeta de crédito.

Débito automático con tarjeta de crédito	Número de tarjeta de crédito (sin espacios ni guiones)	Firma del Titular de la cuenta o tarjeta de crédito
❑ VISA ❑ AMEX ❑ Mastercard ❑ Diners ❑ Otra (especificar):	Vencimiento tarjeta de crédito Mes /Año: ..... /	Aclaración:

Declaro bajo juramento que asumo plena responsabilidad por los datos bancarios informados en la presente.

OMINT

Declaración Jurada de Salud

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta. En caso de necesitar más espacio, utilice otro formulario.

Socio Nº | | | | | | | | | | |

- Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular interesado, sobre su persona y sus Beneficiarios Dependientes, de forma de permitir a OMINT analizar la posibilidad de su aceptación en el plan.
- Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño, sabiendo que si Ud. no hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en la aceptación de la propuesta, perderá automáticamente su condición de socio.
- Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por OMINT.
- OMINT se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión.

Lea atentamente las siguientes preguntas y complete todos los casilleros correspondientes a cada miembro del grupo familiar. Escriba **Sí** para respuestas afirmativas o **No** para negativas. Deberá explicar las respuestas afirmativas de forma detallada más abajo en la **Planilla de Observaciones**.

Preguntas	Titular 00	Benef. 01	Benef. 02	Benef. 03	Benef. 04
01. Edad					
02. Peso					
03. Talla					
04. ¿Tuvo alguna internación clínica, psiquiátrica o quirúrgica en los últimos 10 años?					
05. ¿Padeció o presenta actualmente alguna enfermedad, anormalidad, deficiencia y/o secuela física o psíquica y/o discapacidad? Ejemplos no excluyentes: esclerosis múltiple, diabetes, epilepsia, trastornos de la visión, HIV, hipertensión arterial, cardiovasculares, oncológicas, insuficiencia renal, etc.					
06. ¿Padeció o presenta actualmente adicción a drogas, alcohol u otras sustancias?					
07. Medicamentos que recibe actualmente (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
08. Medicamentos que ha recibido, en tratamientos de más de un mes de duración (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
09. ¿Realizó exámenes de diagnóstico tales como: análisis de laboratorio, radiológicos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos, resonancias, mamografías u otros estudios en los últimos 12 meses?					
10. ¿Presenta lesiones en la piel que necesitan tratamiento, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, etc.?					
11. ¿Presenta o presentó alguna afección ginecológica, obstétrica o mamaria?					
12. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo, indique semana de gestación y si se trata de embarazo simple o múltiple.					
13. ¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación?					
14. ¿Requiere trasplante de órganos y/o implante o renovación de prótesis?					
15. ¿Tiene colocada alguna prótesis o implante actualmente o con anterioridad?					
16. ¿Presenta o ha presentado obesidad, anorexia, bulimia u otros transtrornos de la alimentación?					
17. ¿Es o ha sido fumador? En caso afirmativo indique cantidad diaria, desde y hasta cuando.					
18. ¿Tiene pendientes internaciones programadas, operaciones programadas o estudios programados que deberán ser realizados dentro de los próximos 7 meses?					

Planilla de Observaciones. Para cada respuesta afirmativa del cuadro anterior, indique número de pregunta, beneficiario y fecha del evento. Luego detalle descripción y resultados.

Pregunta	Benef. Nº	Fecha del evento	Descripción y resultados

Declaro que las informaciones que figuran arriba son expresión de la verdad, pudiendo OMINT considerarlas para análisis, aceptación de ingreso y decisión sobre la continuidad de las coberturas. Autorizo a OMINT, para que a través de su Departamento Médico, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Observaciones

Señores OMINT S.A. de Servicios en adelante "LA EMPRESA".
Por la presente solicito ser aceptado como socio titular de esta institución, de la que serán también beneficiarias las personas indicadas en esta solicitud, en el plan elegido, cuyos términos y condiciones, especialmente respecto de cobertura, precio, variaciones de cuota, suspensión de cobertura por falta de pago, condiciones para el otorgamiento de licencias, entre otras, me han sido enteramente informadas y he aceptado. La presente solicitud se considera aprobada cuando se me entreguen las Credenciales y el Manual del Beneficiario. Los trámites previos que realice, así como el pago de la primera cuota, son "ad referéndum" de la posterior aprobación por parte de "LA EMPRESA". El Manual del Beneficiario representa el estricto convenio entre "LA EMPRESA" y el Suscripto y, en caso de sufrir modificaciones o adecuaciones por parte de "LA EMPRESA", me serán notificadas mediante circulares, cartillas o por la página web www.omint.com.ar. En el supuesto de no recibirlo, me hago responsable de reclamarlo en sus oficinas y, por lo tanto, no podré alegar su desconocimiento, ni tampoco podrán hacerlo los beneficiarios. En caso de no estar conforme con las condiciones del reglamento, o de no continuar de acuerdo con los términos y condiciones del plan que voluntariamente he elegido o de no estar de acuerdo con las modificaciones o adecuaciones que "LA EMPRESA" disponga, podré dejar sin efecto mi asociación mediante notificación fehaciente dentro de los 30 días de la fecha de aceptación de esta solicitud o de los 15 días de la fecha de la circular informando las modificaciones o adecuaciones, sin que surja derecho de ello a indemnizaciones entre las partes ni, en el primer supuesto, derecho a gasto médico, reintegro o cobertura. Declaro que todos los datos consignados en esta Solicitud de Ingreso son exactos. Acepto cumplir, tanto yo como los beneficiarios, con todas las normas establecidas por vuestra institución que figuran en el Reglamento, el que declaro conocer y aceptar, para obtener los beneficios contratados. En caso de ser el Suscripto un socio desregulado, informaré a "LA EMPRESA" cualquier situación que traiga aparejada una reducción o ausencia de aportes (tales como despido, cambio de empleo, licencia sin goce de sueldo, licencia por maternidad, falta de pago del empleador, etc.), y acepto que en estos casos se efectúen los ajustes necesarios sobre mi facturación mensual. Tomo conocimiento que, en caso de adherir al débito automático para el pago de cuotas, dependiendo de las fechas relativas de corte de mi tarjeta de crédito, de emisión de facturas de "LA EMPRESA" y del alta fehaciente en "LA EMPRESA" de mi solicitud de débito, podré recibir en una misma factura el débito simultáneo de dos o más meses consecutivos. Acepto expresamente que en caso de contar con un valor de cuota especial producto de pertenecer a una Empresa o grupo de afinidad determinado, el mismo estará sujeto a variaciones si variase en menos la cantidad o composición de cápitas y/o grupos familiares asociados a través de la misma Empresa y/o grupo de afinidad, y/o variase la relación contractual de la Empresa o grupo de afinidad con "LA EMPRESA".

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

Promotores

Código	Porcentaje	%	Nombre

Código	Porcentaje	%	Nombre

Código	Porcentaje	%	Nombre

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 seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
La finalidad de la recolección de los Datos Personales es para conocer información de los interesados que permita ofrecer el servicio que mas se adecúe a sus necesidades.

OMINT

Solicitud de Ingreso

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

Socio Nº:

Nº: S Codigo: SI031079-1 | Página: 1/2

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.
En los casilleros ❑ marque con una cruz la opción que corresponda.

Socio Individual Directo ❑	Socio vía Obra Social ❑	Socio Monotributista ❑	Grupos Afinidad ❑	N-Choice ❑	Titular responsable sin cobertura (Menores de 18 años que trabajan) ❑	Campaña

Datos del titular

Nº 00	Apellido/s	Nombre/s

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Estado civil Nº

Beneficiarios dependientes (en caso de necesitar espacio para más beneficiarios, usar otro formulario)

(Parentescos C: Cónyuge/ H: Hijo/ F: Familiar a cargo)

Nº 01	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 02	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 03	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Nº 04	Apellido/s	Nombre/s	Estado civil Nº

Fecha de nacimiento	Fem. ❑ Masc. ❑	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C ❑ H ❑ F ❑

Tipo de Documento: 1: CUIL/ 2: PA (Pasaporte)/ 3: CM (Certificado Migratorio)/ 4: ET (En Trámite para recién nacidos sin DNI). En ciudadanos argentinos, solo se aceptará CUIL.
Estado civil: 1: Soltero/ 2: Casado/ 3: Viudo/ 4: Separado Legal/ 5: Separado de Hecho/ 6: Divorciado/ 7: Concubinato.

Domicilios

1	Calle	Número	Piso	Dpto.

Código Postal	Localidad	Provincia

Teléfono ( )	Teléfono Celular ( )

E-mail	

2	Calle	Número	Piso	Dpto.

Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono ( )

Marque con una x según corresponda

Domicilio de recepción de materiales / comunicaciones: Sucursal ❑ Indique cual: Domicilio 1 ❑ Domicilio 2 ❑

Contrato

Plan	Módulo Adicional	Suma aportes con el Cónyuge Si ❑ No ❑	Vigencia 01

Datos de desregulación y Grupo de Afinidad (Para cada beneficiario desregulado adjuntar: últimos recibos de sueldo, formulario de Obra Social y formulario de la SSS)

Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	Obra Social	
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad		
Benef.	Vigencia	Código Empresa		PMO Obra Social ❑	PMO OMINT ❑

Precio de cuota mensual vigente a la fecha para la cobertura contratada

$	Diferencia a pagar aproximada $	IVA no incluído. Precio válido para la totalidad del grupo familiar indicado en este formulario

Tabla de valores de cuota por edad y por beneficiario del plan elegido del Titular y su grupo familiar

PRECIO								

Los precios arriba especificados son actuales y podrán ser modificados de acuerdo a lo establecido en el reglamento suscripto al ingreso conjuntamente con la firma en la presente solicitud.
En el supuesto que el aporte correspondiente al salario no alcanzare a cubrir íntegramente el valor del plan superador contratado, la diferencia entre el aporte y el valor del plan se encontrará a exclusivo cargo del titular.

Firma del Titular:

Datos impositivos (sólo llenar cuando el titular solicita condiciones especiales de facturación)

❑ Consumidor final ❑ Monotributista
❑ Responsable inscripto

⇩ Cuando corresponda completar CUIT y adjuntar Nº de Ingresos Brutos con copia del formulario de Inscripción y del formulario de la AFIP.

CUIT (sin espacios ni guiones) | Nº Empresa:

Adhesión a débito automático de cuenta bancaria.

❑ Débito directo de cuenta bancaria ⇨ CBU

Medios de pago sin costo adicional: Pago directo desde cuenta bancaria, Pago por internet, Pago en cajero automático, Pago en bancos adheridos, Pago mis cuentas, Bapro, Sucursales OMINT; para más información www.omint.com.ar, Servicios al Socio, Atención al Cliente, Medios de pago.

Adhesión a débito automático con tarjeta de crédito.

Débito automático con tarjeta de crédito	Número de tarjeta de crédito (sin espacios ni guiones)	Firma del Titular de la cuenta o tarjeta de crédito
❑ VISA ❑ AMEX ❑ Mastercard ❑ Diners ❑ Otra (especificar):	Vencimiento tarjeta de crédito Mes /Año: ..... /	Aclaración:

Declaro bajo juramento que asumo plena responsabilidad por los datos bancarios informados en la presente.

OMINT

Declaración Jurada de Salud

Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta. En caso de necesitar más espacio, utilice otro formulario.

Socio Nº

- Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular interesado, sobre su persona y sus Beneficiarios Dependientes, de forma de permitir a OMINT analizar la posibilidad de su aceptación en el plan.
- Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño, sabiendo que si Ud. no hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en la aceptación de la propuesta, perderá automáticamente su condición de socio.
- Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por OMINT.
- OMINT se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión.

Lea atentamente las siguientes preguntas y complete todos los casilleros correspondientes a cada miembro del grupo familiar. Escriba **Sí** para respuestas afirmativas o **No** para negativas. Deberá explicar las respuestas afirmativas de forma detallada más abajo en la **Planilla de Observaciones**.

Preguntas	Titular 00	Benef. 01	Benef. 02	Benef. 03	Benef. 04
01. Edad					
02. Peso					
03. Talla					
04. ¿Tuvo alguna internación clínica, psiquiátrica o quirúrgica en los últimos 10 años?					
05. ¿Padeció o presenta actualmente alguna enfermedad, anormalidad, deficiencia y/o secuela física o psíquica y/o discapacidad? Ejemplos no excluyentes: esclerosis múltiple, diabetes, epilepsia, trastornos de la visión, HIV, hipertensión arterial, cardiovasculares, oncológicas, insuficiencia renal, etc.					
06. ¿Padeció o presenta actualmente adicción a drogas, alcohol u otras sustancias?					
07. Medicamentos que recibe actualmente (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
08. Medicamentos que ha recibido, en tratamientos de más de un mes de duración (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
09. ¿Realizó exámenes de diagnóstico tales como: análisis de laboratorio, radiológicos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos, resonancias, mamografías u otros estudios en los últimos 12 meses?					
10. ¿Presenta lesiones en la piel que necesitan tratamiento, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, etc.?					
11. ¿Presenta o presentó alguna afección ginecológica, obstétrica o mamaria?					
12. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo, indique semana de gestación y si se trata de embarazo simple o múltiple.					
13. ¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación?					
14. ¿Requiere trasplante de órganos y/o implante o renovación de prótesis?					
15. ¿Tiene colocada alguna prótesis o implante actualmente o con anterioridad?					
16. ¿Presenta o ha presentado obesidad, anorexia, bulimia u otros transtrornos de la alimentación?					
17. ¿Es o ha sido fumador? En caso afirmativo indique cantidad diaria, desde y hasta cuando.					
18. ¿Tiene pendientes internaciones programadas, operaciones programadas o estudios programados que deberán ser realizados dentro de los próximos 7 meses?					

Planilla de Observaciones. Para cada respuesta afirmativa del cuadro anterior, indique número de pregunta, beneficiario y fecha del evento. Luego detalle descripción y resultados.

Pregunta	Benef. Nº	Fecha del evento	Descripción y resultados

Declaro que las informaciones que figuran arriba son expresión de la verdad, pudiendo OMINT considerarlas para análisis, aceptación de ingreso y decisión sobre la continuidad de las coberturas. Autorizo a OMINT, para que a través de su Departamento Médico, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Observaciones

Señores OMINT S.A. de Servicios en adelante "LA EMPRESA".
Por la presente solicito ser aceptado como socio titular de esta institución, de la que serán también beneficiarias las personas indicadas en esta solicitud, en el plan elegido, cuyos términos y condiciones, especialmente respecto de cobertura, precio, variaciones de cuota, suspensión de cobertura por falta de pago, condiciones para el otorgamiento de licencias, entre otras, me han sido enteramente informadas y he aceptado. La presente solicitud se considera aprobada cuando se me entreguen las Credenciales y el Manual del Beneficiario. Los trámites previos que realice, así como el pago de la primera cuota, son "ad referéndum" de la posterior aprobación por parte de "LA EMPRESA". El Manual del Beneficiario representa el estricto convenio entre "LA EMPRESA" y el Suscripto y, en caso de sufrir modificaciones o adecuaciones por parte de "LA EMPRESA", me serán notificadas mediante circulares, cartillas o por la página web www.omint.com.ar. En el supuesto de no recibirlo, me hago responsable de reclamarlo en sus oficinas y, por lo tanto, no podré alegar su desconocimiento, ni tampoco podrán hacerlo los beneficiarios. En caso de no estar conforme con las condiciones del reglamento, o de no continuar de acuerdo con los términos y condiciones del plan que voluntariamente he elegido o de no estar de acuerdo con las modificaciones o adecuaciones que "LA EMPRESA" disponga, podré dejar sin efecto mi asociación mediante notificación fehaciente dentro de los 30 días de la fecha de aceptación de esta solicitud o de los 15 días de la fecha de la circular informando las modificaciones o adecuaciones, sin que surja derecho de ello a indemnizaciones entre las partes ni, en el primer supuesto, derecho a gasto médico, reintegro o cobertura. Declaro que todos los datos consignados en esta Solicitud de Ingreso son exactos. Acepto cumplir, tanto yo como los beneficiarios, con todas las normas establecidas por vuestra institución que figuran en el Reglamento, el que declaro conocer y aceptar, para obtener los beneficios contratados. En caso de ser el Suscripto un socio desregulado, informaré a "LA EMPRESA" cualquier situación que traiga aparejada una reducción o ausencia de aportes (tales como despido, cambio de empleo, licencia sin goce de sueldo, licencia por maternidad, falta de pago del empleador, etc.), y acepto que en estos casos se efectúen los ajustes necesarios sobre mi facturación mensual. Tomo conocimiento que, en caso de adherir al débito automático para el pago de cuotas, dependiendo de las fechas relativas de corte de mi tarjeta de crédito, de emisión de facturas de "LA EMPRESA" y del alta fehaciente en "LA EMPRESA" de mi solicitud de débito, podré recibir en una misma factura el débito simultáneo de dos o más meses consecutivos. Acepto expresamente que en caso de contar con un valor de cuota especial producto de pertenecer a una Empresa o grupo de afinidad determinado, el mismo estará sujeto a variaciones si variase en menos la cantidad o composición de cápitas y/o grupos familiares asociados a través de la misma Empresa y/o grupo de afinidad, y/o variase la relación contractual de la Empresa o grupo de afinidad con "LA EMPRESA".

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

Promotores

Código	Porcentaje	%	Nombre

Código	Porcentaje	%	Nombre

Código	Porcentaje	%	Nombre

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 seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
La finalidad de la recolección de los Datos Personales es para conocer información de los interesados que permita ofrecer el servicio que mas se adecúe a sus necesidades.