

SOLICITUD DE INGRESO - ESTUDIANTES EXTRANJEROS

Apellido / Nombre/s
Número de pasaporte
Fecha Nac.
Est. Civil
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
Nacionalidad
Universidad
Persona de contacto en universidad de origen
Mail de contacto en universidad de origen
Carrera de estudio
Fecha de inicio de la carrera en la Argentina
Fecha de finalización de la carrera en la Argentina

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO

Calle
Número
Piso
Depto.
Cód. Postal
Localidad / Provincia
Teléfono
Mail

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL TITULAR

IMPORTANTE

Es imprescindible completar la totalidad de la información en forma exacta, detallada y precisa y cualquier omisión, falsedad o alteración podrá acarrear la disolución del contrato. El siguiente cuestionario debe ser completado por el titular con respecto al mismo y todos los integrantes del grupo familiar que corresponda. Su carácter de orientativo, y no exime no exime al declarante de informar otros antecedentes.

RESPONDA SI O NO SEGÚN CORRESPONDA. USTED Y SU GRUPO HAN TENIDO O PADECIDO:	TITULAR 00
Afecciones congénitas y hereditarias. Discapacidades.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de nariz, oído y garganta.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de las mamas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones pulmonares y de las vías respiratorias.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Fuma/n o Ha/n fumado en alguna oportunidad? Indique la cantidad de cigarrillos y años como fumador.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones renales, vejiga, prostáticas, genitales, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones ginecológicas y obstétricas. ¿Está embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, hepatitis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades inmunológicas y / o degenerativas HIV (+).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de la piel.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones visuales, desprendimientos de retina, glaucoma, cataratas, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones hematológicas, anemia, leucemia, linfomas, ganglios, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes, gota, obesidad, alteraciones, tiroides u otras endocrinopatías.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, angina, infartos, arritmias, soplos, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Afecciones musculares y de los huesos, columna, cadera, rodilla, artritis, artrosis, osteoporosis.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiene/n alguna prótesis o indicación de colocación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes neurológicos (convulsión, parálisis, etc), psiquiátricos, intentos de suicidio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tuvo ud. o algún integrante de su grupo familiar intervención quirúrgica y / o accidentes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha/n debido ser internado/s en alguna oportunidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta ud. o algún integrante de su grupo familiar bajo control o tratamiento medico actualmente o lo ha estado en el último año?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta/n tomando medicamento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha/n perdido peso significativamente en los últimos años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene/n conocimiento de tener o haber tenido algún tumor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Adicción a drogas (tipo de drogas).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Peso.	Kg:
Altura.	cm:
Otros antecedentes: Especificar en observaciones para cada integrante del grupo familiar.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si ha respondido SI a alguna de las consultas precedentes, indique el integrante del grupo familiar al que hace referencia y a continuación todos los datos relevantes, con fecha en que la se produjo el evento, además del tratamiento recibido. En caso de tratarse de tratamientos actuales, detalle medicación y/o tratamiento que recibe.

OBSERVACIONES TITULAR: _____

He leído y comprendido que la presente declaración tiene carácter de Declaración Jurada de Salud en los términos de la Ley N°26.682 (y sus normas complementarias o futuras modificaciones), por ello acepto que William Hope se reserve el derecho de rescindir el contrato de afiliación con motivo de la falsedad o inexactitud de los datos consignados en ella en los términos del art. 9 de la Ley N°26.682. Del mismo modo y en consonancia con lo mencionado en el párrafo anterior, entiendo que en caso de declarar alguna preexistencia al momento de la afiliación, sólo se entenderá configurado el presente contrato con la manifestación expresa de la aceptación del valor diferencial conforme el art. 10 y 12 de la Ley 26.682.

Condiciones generales:

- La credencial provisoria entregada al solicitante no acredita afiliación hasta tanto no haya sido aceptada la solicitud
- Informar cualquier modificación de los datos suministrados de cualquiera de los beneficiarios que se encuentren en mi grupo familiar (Mudanza, comienzo/cambio relación laboral, divorcio/disolución del vínculo, etc.).
- Por la presente dejo constancia que estoy en conocimiento que William Hope no es responsable ante el incorrecto encuadre y/o incorrecta derivación de aportes.
- La Entidad se subroga en todos los derechos del socio contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión este último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

Grupo familiar

- Primario actual o futuro se compromete a entregar toda la documentación necesaria para la correcta individualización y afiliación de cada integrante.

Conyugue:

- Si el/la cónyuge trabaja, es jubilado o monotributista, deberá unificar sus aportes y contribuciones con los del titular, y se comprometen a informar a William Hope cambios que se produjeran en su situación laboral.

Hijos:

- Los hijos estarán en el grupo familiar hasta los 21 años. Podrán continuar hasta los 25 años si estudiaran. Para contar con de ese derecho se deberá presentar anualmente los certificados de estudios de establecimientos reconocidos oficialmente.
- En caso de que comiencen a trabajar, ya sea en relación de dependencia o como autónomos, deberán abandonar el grupo familiar para constituir uno nuevo e independiente, por medio de la presente se compromete a informar a William Hope si esto sucediese.
- Al cumplir los 26 años, autorizo a que se le dé la continuidad automática fuera de mí Grupo Familiar mientras no se informe lo contrario.

Cartilla y cobertura:

- Dejo constancia que en este acto, recibo toda la información sobre la forma de acceder a la cartilla de prestadores correspondiente al plan prestacional elegido, la que contiene la siguiente información: nómina de prestadores, alcances, coseguros y a la que se adjunta la tabla de beneficios del plan elegido. También que se realizarán derivaciones, dentro del marco prestacional propuesto, si la complejidad excede la existente en la localidad donde resido.
- Se me notifica que William Hope se reserva el derecho de modificar la cartilla de prestadores manteniendo la prestación propuesta.
- Se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de esta entidad: prestaciones no previstas en el PMO y en la Ley 24.901; internación de crónicos con excepción de interurrencias clínicas y/o quirúrgicas; prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia.
- Tienen un tiempo de espera de 12 meses todas las prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio, Resol. 201-02 MS y modificatorias, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682 y el Dec. Regl. 1993/11.

Cambio de plan:

- Se podrá modificar el plan a partir del primer día del mes siguiente según corresponda. Se debe permanecer como mínimo un año en el plan elegido.
- En cualquier caso, tanto para ascensos como para descensos de plan, es necesario un mínimo de un año de antigüedad en el plan vigente, aun cuando se trate del plan elegido al incorporarse a HOPE o en el que haya sido reubicado por cualquier motivo o razón. La opción de cambio comprende, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar.

Pagos:

- La falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a William Hope a limitar las prestaciones al plan al que el afiliado acceda sólo con sus aportes y contribuciones, o en su defecto a las dispuestas por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el art. 9 de la Ley 26682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos. Producida la desvinculación del afiliado,
- La Entidad podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 23.660 y de acuerdo a la Ley 26.682 (arts. 5 inc. g) y 17), cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos.
- La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días hábiles (desde la fecha de notificación a la del vencimiento del pago) y el socio, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación.

Empresa titular:

- Deberán informar cualquier modificación en las condiciones de trabajo del afiliado titular (Distracto laboral, suspensión, licencias, etc.) siendo ésta responsable de los importes devengados hasta la presentación correspondiente.
- En caso de que la empresa se haga responsable del pago de las cuotas correspondientes a los planes superadores del PMO elegidos para su personal y los inherentes a cada grupo que hubieren incorporado, deberán firmar al pie.
- La empresa está en conocimiento que William Hope no es responsable ante el incorrecto encuadre y/o incorrecta derivación de aportes

Quien suscribe la presente, se compromete a abonar la diferencia mensual que se genere, en el caso que los aportes que provengan de AFIP o ANSES, no llegaran a cubrir el costo total de la cuota informada por William Hope.

El plan elegido en este alta es el indicado al pie. La bonificación de la cuota disminuirá cuando el afiliado alcance los 30 y 36 años. A partir de los 65 años rige lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 26.682. Los valores de cuota de los planes se modificarán en función de la cantidad de los integrantes del grupo y de la edad de los mismos

Los valores actuales del plan elegido, son los mencionados como cuadro A que figura al pie. La diferencia a pagar surgirá de los valores mencionados, menos los aportes que por otras vías pudieran ingresar; (Aportes y Contribuciones, en las personas en relación de dependencia o Monotributo), a modo ilustrativo se estima esa diferencia en el cuadro B.

Para asesoramiento gratuito en la Superintendencia de Serv. de Salud comunicarse al teléfono 0800-222-SALUD (72583).- Ley C.A.B.A 1997. –