

	Categoría de Afiliado	Alta	Modificación	Baja
1	Titular Obligatorio			
2	Titular Voluntario			
3	Carga de Familia Voluntario			
4	Plan Joven			

Identificación del Afiliado Titular

Nombre y Apellido:		Matrícula:	DNI:
Fecha de Nacimiento: / /		Sexo:	Domicilio:
Depto:	Paraje/Barrio:	Localidad:	
CP:	Teléfono:	Delegación:	
Correo electrónico:			
Fecha de Alta / Baja / Modificación:		Tipo de Cobertura:	

Cargas de Familia

Or .	Documento	Apellido y Nombre	Sexo	F. de Nacimiento	Parentesco	F. Alta/Baja/Mod	Tip de cobertura
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Declaro haber leído y conocer el Reglamento del Sistema de Atención de la Salud (Primera parte y Anexos Prestacionales) y específicamente haber sido informado sobre condiciones y edades de afiliación, planes, cuotas, prestaciones, coberturas, modalidad de servicios, vigencias, carencias, declaración de salud, patologías preexistentes y todo lo referente a derechos, obligaciones, sanciones y rehabilitación de servicios; aceptando el contenido a partir de la firma del presente formulario de afiliación. Finalmente autorizo el tratamiento de mi información personal y de salud en los términos establecidos por el Reglamento del Sistema de Atención de la Salud, que garantiza la confidencialidad, reserva de la información y secreto profesional.

Firma y Aclaración Afiliado Titular

Firma Autorizada

Lugar y Fecha