



CONVIVIENTES
SOLICITUD DE INGRESO
(Formulario A – Convivientes)

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle el ingreso, en calidad de afiliado/a Conviviente, de mi pareja, cuyos datos personales detallo a continuación:

Apellido y Nombres:CUIL/CUIT Nº:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Domicilio:Localidad:

C.P:.....Teléfono:.....E-Mail.....

Al respecto, declaro bajo juramento conocer el plazo mínimo de convivencia establecido por las Normativas Vigentes (dos años) para el ingreso; y que el/la postulante no posee ningún tipo de cobertura médica.

Acredito a tal efecto, información sumaria emanada por la autoridad competente y copia del D.N.I. donde consta la certificación domiciliaria.

Declaro conocer que la conformidad de admisión estará sujeta a la declaración y/o examen a efectuarse por nuestros servicios médicos.

Asimismo, declaro que, en caso de ruptura de la convivencia, me comprometo a informar a la Asociación Mutualista tal novedad en un plazo de treinta días para que se proceda a su baja afiliatoria correspondiente.

Además, tomo conocimiento y acepto que en el caso de contar con una cobertura médica –independientemente que la utilice o no- el hecho de renunciar a la misma no habilita a solicitar y/o mantener la afiliación, determinando AMEBPBA su inmediata desvinculación.

El incumplimiento de lo expresado con anterioridad, dará derecho a la Asociación Mutualista a aplicarme las sanciones disciplinarias establecidas por el Estatuto Social. En este caso, me comprometo a abonar a esta Asociación Mutualista, todos los gastos originados por la atención indebida de mi pareja.

A PARTIR DE LA ADHESIÓN EN PERÍODO DE CARENCIAS (PRIMEROS SEIS MESES)

• **CONSULTAS MÉDICAS**

En Clínica AMEBPBA para afiliados del AMBA e Interior.

Estos últimos también podrán canalizar la atención a través de los profesionales y clínicas adheridos en la Provincia de Buenos Aires.

• **URGENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS.**

Se excluyen patologías preexistentes al momento de la inscripción.

Se podrán canalizar a través de todos los servicios adheridos a nuestra Mutual.

• **GUARDIA**

Se podrá canalizar a través de todos los servicios adheridos a nuestra Mutual.

- **ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

Incluye exclusivamente laboratorio, radiología y ecografías. (Se excluyen prácticas de alta complejidad)

Solicitados por profesionales adheridos a Mutual (Cartilla, Círculos Médicos, Asociaciones Médicas, Clínicas y Sanatorios)

- **MEDICAMENTOS**

50% de reconocimiento en nuestras farmacias propias y en las adheridas.

- **URGENCIAS, EMERGENCIAS Y ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA**

- **SALUD MENTAL**

Psicología hasta 30 sesiones año calendario

Consultas psiquiatría hasta 12 consultas año calendario

Internación hasta 30 días SÓLO PARA PSIQUIATRÍA en casos agudos

Por último, acepto y expreso mi consentimiento para el descuento de mis haberes del porcentaje establecido por esta asociación en concepto de aporte por esta afiliación y que conozco y acepto la Reglamentación Vigente, como así también las decisiones de la Comisión Directiva.

.....
**Firma
(TITULAR)**

DATOS TITULAR

Afiliado N°: Apellido y Nombres:

Domicilio:..... Localidad: CP:..... Tel:.....

Activo Jubilado Pensionado Presta servicio en:

Código Ubicación: E-Mail:.....