

Solicitud de Ingreso

Afiliado/a N°

AMR
SALUD

MEDICINA PRIVADA

DATOS DEL TITULAR

Fecha	Tipo y Número de Documento	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(00) Apellido y Nombre		Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>		<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Calle / Número / Piso / Departamento		Código Postal	Localidad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail			
<input type="text"/>			
Teléfono Particular	Teléfono Laboral	Teléfono Celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS GRUPO FAMILIAR

(01) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
(02) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
(03) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
(04) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

DATOS DE AFILIACION

Plan	Asesor	Fecha de Alta	Fecha de Ingreso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de Carencia	Fecha de Carencias	Motivo Exc. Carencias		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nro. recibo	Monto de afiliación	Contacto	Médico de Cabecera	Matrícula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Afiliación	Obra Social	Empresa	Sueldo	
<input type="text"/> Voluntario <input type="text"/> Vol. con empresa <input type="text"/> Obligatorio <input type="text"/> Monotributista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE APORTES

C.U.I.L. TITULAR	C.U.I.T. EMPRESA	Aporte inicial	Diferencia Estimada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE COBRANZA

Débito Automático	Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Cuenta Mutual AMR	CBU Cuenta / Nro. Tarjeta de Crédito / Número Caja Mutual	Fecha de Vencimiento Tarjeta
<input type="text"/> SI <input type="text"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido y Nombre del Titular de la Cuenta / Tarjeta		Tipo y Número de Documento del Titular de la Cuenta	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio de Cobro (Calle / Número / Piso / Departamento)		Código Postal	Localidad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA del TITULAR y ACLARACIÓN			
<input type="text"/>			

DATOS ESTADISTICOS

¿Estuvo antes afiliado/a a AMR Salud?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	¿Proviene de otro sistema?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	¿De cuál?	<input type="text"/>
¿Cómo se enteró de la existencia de AMR Salud?					
<input type="text"/>					

AFILIADO	ASESOR	RESPONSABLE AMR SALUD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN