

# Solicitud de Ingreso

**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
<input type="text"/>			<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		Parentesco
<input type="text"/>	<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		Parentesco
<input type="text"/>	<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		Parentesco
<input type="text"/>	<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
(05) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		Parentesco
<input type="text"/>	<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	Monto de afiliación	Contacto	Tipo de Afiliación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Voluntario Vol. con empresa Obligatorio Monotributista

## DESCUENTOS

Descuento	Meses
<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"/>	<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	FIRMA del TITULAR y ACLARACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## DATOS ESTADISTICOS

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

## AFILIADO

## ASESOR

## RESPONSABLE AMR SALUD

FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN	FIRMA ACLARACIÓN
---------------------	---------------------	---------------------