

# Solicitud de ingreso a los Servicios y Modificaciones



N° Solicitud: \_\_\_\_\_ N° Asociado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_

Solicito ingresar como socio de Avalian Salud y Bienestar Cooperativa Limitada, conociendo y aceptando el Estatuto Social y comprometiéndome a suscribir como mínimo de capital Social, Capital Proporcional y sus integraciones, conforme lo determinen los reglamentos respectivos y las resoluciones de Asamblea o de Consejo de Administración. El Capital Social inicial suscripto es \$ \_\_\_\_\_

Conforme, recibo y acepto los términos del Reglamento que contiene las Condiciones Generales de Contratación y de Cobertura Médica, como así también los Derechos y Obligaciones de las partes que regirán durante la vigencia de la relación contractual que me vincula con Avalian bajo la modalidad de un contrato de adhesión, o como socio de la Cooperativa. El presente Reglamento recepta la normativa que rige la materia: Ley 24.240; Resolución 9/2004 Secretaría de Comercio; Leyes 23.660 y 23.661; Ley 26.529; Ley 26.682; y sus disposiciones reglamentarias, concordantes y modificatorias. Asimismo, declaro conocer y aceptar las modalidades de contratación, y sus alcances, establecidos en las Condiciones Generales de Venta Virtual que integra como Anexo el Reglamento precitado. En particular, también manifiesto conocer los alcances concernientes al empleo de la Firma Electrónica prevista en la Ley 25.506 y ccdtes. y en el CCyCN. Avalian es una marca registrada de Avalian Salud y Bienestar Cooperativa Limitada.

	Cambio de plan	Cambio de Agencia	Otras modificaciones
Total: <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Reingreso	De		
Parcial: <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Reingreso	A		

## Segmento

Voluntario directo  Obligatorio directo  Voluntario por Empresa  Obligatorio por Empresa

## 1. Datos personales del Titular

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Obra Social o EMP anterior: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Concubinato: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

CUIT / CUIL: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## 2. Datos de la empresa

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL: \_\_\_\_\_

## 3. Datos de la cuota (solo segmentos Voluntario y Obligatorio Directo)

Plan: \_\_\_\_\_ Valor Cuota Vigente \$ \_\_\_\_\_

Valor Cuota Bonificada según forma de pago y/o Política Comercial \$ \_\_\_\_\_ TC  CBU  PC

## 4. Datos familiares

Parentesco	Nombre y Apellido	Fecha Nac.	Sexo	Tipo y N° Documento	Estado Civil

MÉDICO A DOMICILIO

Firma del Asociado

Aclaración

DNI

GV-F-02.02 (v16) - Página 1 de 5

# Solicitud de ingreso a los Servicios y Modificaciones



## 5. Motivos de la Solicitud (solo Baja - Cambio de Plan)

## 6. Observaciones

## 7. Datos de Cobranza - Medios de Pago

Débito:  CBU N°: \_\_\_\_\_

Medio de pago  
Tarjeta de Crédito o CBU

Crédito:  Tarjeta: \_\_\_\_\_

Sí  No

CUIL del titular del CBU: \_\_\_\_\_

Autorizo a Avalian a debitar de mi tarjeta de crédito o cuenta (tachar lo que no corresponda), el importe para abonar la cuota del plan de salud en forma mensual. Avalian bonificará a los nuevos socios Voluntarios Directos/Obligatorios Directos que paguen su cuota por tarjeta de crédito (TC) ó CBU un 15% durante el 1° semestre, un 10% durante el 2° semestre y un 5% durante el 3° semestre de permanencia. Asimismo, Avalian promocionará a los nuevos socios Voluntarios Directos/Obligatorios Directos de los planes AS100/AS200/AS204/AS300/AS400/AS500, una bonificación del 30% (Voluntarios Directos) ó 35% (Obligatorios Directos) durante el 1° semestre, un 20% durante el 2° semestre y un 15% durante el 3° semestre de permanencia, según Política Comercial vigente. En todos los casos, la bonificación caducará y los valores serán los que correspondan al plan de ese momento. Las bonificaciones correspondientes a la Política Comercial detalladas en el presente documento no resultan aplicables a los asociados que se acojan al beneficio dispuesto por el DNU 743/2022.

**En caso de no recibir aportes -totales o parciales- que deriva de la Obra Social contratada, se le debitará en su tarjeta de crédito, la cuota total del plan suscripto menos lo derivado.**

## Datos laborales (solo segmento Obligatorio Directo - Titular)

Razón Social	CUIT	Sueldo sujeto a aporte promedio últimos 3 meses	Aporte estimado promedio últimos 3 meses
		\$	\$
		\$	\$

## Datos laborales (para uso en casos de pluriempleo o sumatoria de aportes cónyuge)

Razón Social	CUIT	Sueldo sujeto a aporte promedio últimos 3 meses	Aporte estimado promedio últimos 3 meses
		\$	\$
		\$	\$

Declaro que mi Grupo Familiar está constituido por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), de los cuales solicito el ingreso de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

Como deseo gestionar mi pase a una Obra Social cuyo prestador es Avalian, manifiesto mi voluntad de adherir a las prestaciones de un Plan Superador al PMO que la Obra Social ofrece, denominado \_\_\_\_\_ cuyo alcance y características declaro conocer y aceptar.

A tal fin toma conocimiento que el valor del Plan Superador contratado a la fecha es de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_ ). Mensualmente será facturado el valor de esta cuota deduciendo del mismo los aportes estimados/derivados por la Obra Social.

La cancelación de la diferencia, si existiera, será por la forma de pago elegida en el punto 7 de esta solicitud. Las condiciones de facturación pueden verse afectadas por modificaciones al grupo familiar, costo del plan, cambio de plan, etc. La diferencia explicada puede ser modificada ante cambios en las variables consideradas (Integrantes del grupo familiar, suma de aportes, costo del plan, etc.). De no ser cumplido el pago comprometido de la diferencia en tiempo y forma, el asociado perderá los beneficios del Plan Superador elegido y en consecuencia dispondrá sólo del plan PMO de la Obra Social que le corresponda por sus aportes y contribuciones de ley. Asimismo, por el lapso de un período de 12 meses no podrá gestionar el paso a un plan superador dado el caso que se verifique que los aportes y las contribuciones derivados a través de la Obra Social de su elección no sean recibidos total o parcialmente, el asociado contará con la cobertura según el alcance y el tiempo que indiquen las normas legales. El completado de la presente solicitud no implica afiliación alguna.

Firma del Titular de la Tarjeta  
o Cuenta Bancaria

Firma del Asociado

DNI

Aclaración

# Solicitud de ingreso a los Servicios y Modificaciones



## Esquema de bonificaciones e incrementos

Cuota Base Plan \$ \_\_\_\_\_

**Importante:** a continuación se detallan los descuentos e incrementos aplicables a cada integrante del grupo familiar existente o de incorporaciones futuras.

Rango de edades	Bonificación sobre Cuota Base	Cuota Base	Incremento sobre Cuota Base
Tercer hijo en adelante (hasta 20 años)	94%		
Segundo hijo (hasta 20 años)	82%		
Primer hijo (hasta 20 años)	64%		
Individuo hasta 25 años	50%		
Individuo de 26 a 30 años	40%		
Individuo de 31 a 35 años	32,5%		
Individuo de 36 a 40 años	25%		
Individuo de 41 a 45 años	15%		
Individuo de 46 a 49 años - <b>Cuota Base</b>		100%	
Individuo de 50 a 55 años			25%
Individuo de 56 a 60 años			45%
Individuo de 61 a 64 años			160%
Individuo de más de 64 años			200%

Los rangos "Primer hijo" y "Segundo hijo" en adelante son considerados hasta los 20 años inclusive. Superada dicha edad pasa al rango inmediato superior.

## Bonificaciones por permanencia

Serán aplicables en el esquema de cuota Resolución 419 2012 sólo para los rangos etarios mayores a la cuota base (61 a 64 años) y corresponde a cada individuo que ingrese hasta los 60 años cumplidos y tenga continuidad ininterrumpida en la cobertura.

La antigüedad es un atributo de cada individuo que es considerada a los efectos de la aplicación del descuento de acuerdo a la siguiente tabla.

Antigüedad por permanencia	Descuento
De 0 a 5 años	30%
De 6 a 10 años	35%
De 11 a 15 años	40%
Más de 15 años	45%

**Importante:** para realizar altas, reingresos y cambios de plan es requisito obligatorio completar el formulario declaración jurada.

**Nota:** Precio sujeto a los incrementos otorgados por la autoridad competente aplicables a la vigencia autorizada.

Doy mi conformidad y aceptación para recibir en forma mensual la Facturación Electrónica. La misma debe ser remitida a la dirección de correo electrónico por mi informada. Asumo el compromiso de actualizarlo y/o comunicar cualquier cambio del mismo. Tomo conocimiento y autorizo que se encuentra a mi disposición el mecanismo ofrecido por Avalian denominado EXTRANET para el control de mi cuenta corriente, consumos y co-seguros si existiesen. El ingreso a la misma se realiza mediante la consulta en la página [www.avalian.com.ar](http://www.avalian.com.ar), con la salvedad de que la única persona con atributos para acceder a esta información sea el que suscribe, a través de una clave personal única e intransferible que autogestiono.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Asesor Comercial  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Agencia  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Autorización Administración de Ventas

# Declaración jurada de enfermedades.

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación.



**avalian**  
COBERTURA MÉDICA

Datos	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2
Ingresa	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Nombre y Apellido				
DNI				
Edad				

**Cuestionario:** El titular en representación de todo su grupo familiar, ingresen o no, completa todos los datos de la Declaración Jurada. - **Aclaraciones:** Complete los casilleros correspondientes con SI o NO en cada caso según corresponda. No dejar celdas vacías. - Al responder con SI, en Observaciones (haciendo referencia al punto en cuestión) debe aclarar y profundizar indicando: patologías, tratamientos, secuelas, síntomas, fechas, estado actual, etc. - En Observaciones declarar el motivo por el que no ingresa el grupo familiar.

Información, antecedentes y de datos del estado de salud (Responde con referencia al titular e integrantes del grupo a asociar)	Grupo familiar (Responde el titular en representación de todos)			
	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2
01. Peso				
02. Altura				
03. ¿Actualmente está cursando alguna enfermedad?				
04. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o biopsia?				
05. ¿Ha tenido internaciones clínicas o psiquiátricas? ¿Ha tenido internaciones en neonatología?				
06. ¿Realiza o ha realizado tratamientos con Psicopedagogía, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, o por Trastornos de Conducta, alimentarios o Adicciones?				
07. ¿Es portador de alguna patología congénita? ¿Tiene antecedentes familiares de alguna enfermedad? ¿Tramitó el Certificado de Discapacidad transitorio o Definitivo o presenta algún motivo para realizarlo?				
08. ¿Toma medicación en forma permanente?				
09. ¿Se ha sentido enfermo en los últimos meses? ¿Tiene alguna internación, cirugía o tratamiento programado a futuro?				
10. ¿Está embarazada o podría estarlo?				
11. ¿Ha perdido embarazos? ¿Realiza o ha realizado tratamientos por infertilidad?				
<b>Ingresos de niños menores a 1 año</b>				
12. Perímetro Cefálico al nacimiento (PC)				
13. Los siguientes tests practicados al nacimiento: screening neonatal, otoemisiones acústicas, exámenes oftalmológicos y de cadera. ¿Han arrojado resultados normales? ¿Ha cumplimentado el calendario de vacunas y controles pediátricos correspondientes sin alteraciones?				

Firma del Asociado

Aclaración

DNI

Fecha

# Declaración jurada de enfermedades.

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación.



# avalian

COBERTURA MÉDICA

**Observaciones:** Indicar cualquier otro antecedente médico. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En los casos de patologías preexistentes declaradas que se encuadran en el Art. 10 de la Ley 26.682 y su Decreto Reglamentario, se hace saber que el plazo de resolución para la determinación del Valor Diferencial, será de 30 días corridos a partir del momento en que la Auditoría Médica de Avalian considere que se ha cumplido con todos los antecedentes solicitados.

## Mujeres en edad fértil

Toda vez que se ha observado que existe una aspirante femenina que se encuentra transitando una edad fértil, corresponde informar acerca de las modalidades de ingreso al Sistema respecto de mujeres que se encuentren cursando un embarazo. Como es sabido, la atención de la madre durante el embarazo y del recién nacido durante el primer año de vida (Plan Materno Infantil - PMI) conllevan una multiplicidad de prácticas, estudios y medicación para ambos, cuya cobertura se encuentra a cargo de esta entidad en función de lo establecido en el Art. 7° de la Ley 26.682.

En este sentido, de conformidad con lo previsto en el Art. 10° de la mencionada Ley, Avalian ha procedido a valorizar algunas situaciones de preexistencia, como lo son el embarazo, el parto y la cobertura del recién nacido, sobre la base de los parámetros que a continuación se describen:

1. La valorización se compone de dos elementos:

- Un módulo equivalente a 13 cuotas base del plan AS300. Se deja expresamente establecido que dicho importe será actualizado de acuerdo a los aumentos que autorice la autoridad de aplicación, Superintendencia de Servicios de Salud.
- Permanencia en el Sistema por un período mínimo de dos (2) años a partir de la recepción de la presente.

2. Sin perjuicio de ello, tales valores podrán ajustarse en función de la composición del Grupo Familiar al momento de efectuarse la cotización del mismo, y previo dictamen de la Auditoría Médica de la entidad.

3. Para la implementación del esquema descripto deberá suscribirse el pago por débito automático, o mediante tarjeta de crédito.

Es oportuno destacar que la implementación de tal esquema de valores se aplica tanto en aquellos casos en que se declare el estado de gravidez al momento de completarse la DDJJ, como también en los casos de ocultamiento del mismo, para procurar la permanencia en el Sistema. Se deja en claro que de no avenirse al pago del esquema de valorización anteriormente mencionado, se procederá sin más a la rescisión contractual en los términos del Art. 9° de la Ley 26.682.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que la información precedentemente detallada es auténtica y tomo conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la misma, deliberada o no, invalidará la condición del asociado, sin perjuicio del derecho de Avalian a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. Avalian sobre la base de esta Declaración Jurada de Enfermedad se reserva el derecho de proceder a la determinación de un valor diferencial en los términos del Art. 10 de la Ley 26.682, o bien rescindir el contrato en los términos del Art. 9 de la mencionada Ley. Sin perjuicio de ello, se puntualiza que los datos relacionados con la composición del grupo familiar también revisten el carácter de Declaración Jurada, por lo que cualquier modificación ulterior o pedido de alta durante la vigencia del contrato facultará a Avalian a proceder de conformidad con los Arts. 9 o 10 Ley 26.682, o bien a la quita de las bonificaciones otorgadas, aplicando valores de Cuota Base (según Res. 419/2012 SSSalud). El completado de la presente solicitud no implica afiliación alguna. Precio sujeto a los incrementos otorgados por la autoridad competente aplicables a la vigencia autorizada o acuerdo de partes.

Firma del Asociado

Aclaración

DNI

Fecha