



SOLICITUD DE INGRESO

Medicus S.A. • Casa Central: Larrea 877, 4129-5000. Fax: 4129-5001 • Centro de Atención al Asociado: 4129-5050, 0800-333-7624 • Centro Medicus: Azcuénaga 910, 4129-5300 • Centro Medicus Belgrano: Cuba 1886, 5786-0277
 Agencia Retiro: Arroyo 807, 4328-1285 • Agencia Centro: Marcelo T. de Alvear 2385/99, 5778-3334 • Agencia Alvear: Av. Alvear 1809, 4812-0451 • Agencia Belgrano: Cuba 1886, 5786-0263 • Agencia Caballito: Hidalgo 31, 4901-4999/0745
 Agencia San Isidro: 25 de Mayo 767/771, 5788-0211 • Agencia Lomas de Zamora: Loria 260, 4243-1119/0573 • Agencia Pilar: Shopping Torres de Sol, Acc. Norte, R. Pilar Km. 50,500, 02322-473187/88/89
 Agencia Bariloche: Mitre 125, E.P. Of. 17, (02944) 424826 • Agencia Rosario: Córdoba 1690, (0341)411-1190 • Agencia Córdoba: Obispo Oro 50, (0351) 4269297 • Agencia Mendoza: Emilio Civit 599, (0261) 4230567/4230308/4230230



FECHA-PRES.	FECHA-VIG.	AG.	EMPRESA	SUCURSAL	COD. DE PROMOTOR	NUMERO DEL TITULAR

TITULAR	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	ACTIVIDAD	CUIT / CUIL	AGRUP. AFIL.	DESCUENTO	SUJ.FACT.
									A A G G A A E M P		V F
			AR EX		M F				CD SD CD SD		
Nº DE RECIBO	PLAN	O.S.	TIPO Y Nº DE DOC.	MEDICARD ANTERIOR							

FAMILIARES	2	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	PARENT.	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	O.S.	APELLIDO CASADA	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	MEDICARD ANTERIOR
3	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	PARENT.	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	O.S.	APELLIDO CASADA	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	MEDICARD ANTERIOR	
4	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	PARENT.	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	O.S.	APELLIDO CASADA	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	MEDICARD ANTERIOR	
5	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	PARENT.	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	O.S.	APELLIDO CASADA	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	MEDICARD ANTERIOR	
6	APELLIDO (DE SOLTERA EN CASO DE SER MUJER)	NOMBRES	PARENT.	NAC.	FECHA DE NACIM.	SEXO	EST. CIVIL	O.S.	APELLIDO CASADA	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	MEDICARD ANTERIOR	

DOMICILIO/TEL.	1	PARTICULAR	NUMERO	PISO	DEP/OF	COD. POST.	LOCALIDAD	T. de DOM.	(TELEDISC)	TELEFONOS	INTERNO	FAX	CELULAR
								FC MD FM					
2	EMP. / LAB. / COM.	NUMERO	PISO	DEP/OF	COD. POST.	LOCALIDAD	T. de DOM.	(TELEDISC)	TELEFONOS	INTERNO	FAX	CELULAR	
								FC MD FM					
3	OTROS	NUMERO	PISO	DEP/OF	COD. POST.	LOCALIDAD	T. de DOM.	(TELEDISC)	TELEFONOS	INTERNO	FAX	CELULAR	
								FC MD FM					

FECHA D.J.	APELLIDO CASADA DEL TITULAR	TITMENOR	ORIGEN SOLICITUD	COBERTURA ANTERIOR	CLAUSULAS OPCIONALES		
		SI NO			DIF CAT 100 DIF CAT 500		
					TIUC PMPM		
NOMBRE EMPRESA	Nº DE LEGAJO	SEGURO VIAJERO	E-MAIL				
			@				
CONDICION FRENTE AL IVA	DEBITO DIRECTO BANCARIO	C.B.U. Nº:	C.C.	C.A.	DEB. TARJETA	Nº:	VENCIMIENTO
		BANCO:					

FIRMAS	FIRMA Y ACLARACIÓN TITULAR C.B.U. / TARJ.	FIRMA DE RANGOS DE VALORIZACION POR EDAD
		SIN RANGO (0 - 30) (0 - 44) (45 - 59) (60 - 69)

--	--	--	--	--

IMPORTES				
POM	POT	M. I.	CUOTA	TOTAL

(*) En campos con opción, tachar lo que no corresponda	USO EXCLUSIVO MEDICUS S.A.	ESTADO CIVIL CA: CASADO/A VI: VIUDO/A DI: DIVORCIADO/A SE: SEPARADO/A SO: SOLTERO/A	CODIGO DE PARENTESCO 0: TITULAR 3: HERMANO 6: SUEGRO 9: SOBRINO 12: HIJO 1: ABUELO 4: TIO 7: HIJO 10: CUÑADO POLITICO 2: PADRE 5: CONYUGE 8: NIETO 11: PRIMO	TIPOS DE DOMICILIO FC: FACTURA MD: MEDICARD FM: FAMILIAR	CONDICION FRENTE AL I.V.A. I: RESPONSABLE INSCRIPTO F: CONSUMIDOR FINAL N: RESP. NO INSCRIPTO O: NO RESPONSABLE E: EXENTO	CODIGOS TARJETAS 01: VISA 04: DINERS 02: AMEX 03: MASTER
--	-----------------------------------	---	--	--	---	--