

SOLICITUD DE AFILIACION DE FAMILIAR A CARGO

El/la que suscribe, Sr/a. : \_\_\_\_\_, Afiliado/a Titular de SMAUNaM Nº: \_\_\_\_\_/00 , domiciliado en: \_\_\_\_\_, Nº: \_\_\_\_\_ piso: \_\_\_\_\_, dpto.: \_\_\_\_\_, de la ciudad de: \_\_\_\_\_, provincia: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_ solicita por la presente la afiliación en carácter de "familiar a cargo" del Sr/a : \_\_\_\_\_ , D.N.I./L.E./L.C. Nº: \_\_\_\_\_, de edad: \_\_\_\_\_ años, estado civil: \_\_\_\_\_ , cuyo vinculo familiar con mi persona es: \_\_\_\_\_ , que se acredita con copia de: \_\_\_\_\_ ,

sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:-----

PRIMERA: El afiliado titular solicitante, manifiesta conocer y presta su entera conformidad, respecto a las prestaciones médicos-asistenciales del que gozará el familiar a cargo", como así también se compromete a aceptar, respetar y ajustarse a las modificaciones que al respecto establezca el Consejo de Administración. -----

SEGUNDA: El solicitante acepta y autoriza a que se le descuente de sus haberes de la U.Na.M., el adicional fijado por el Consejo de Administración del S.M.A.U.Na.M., que a la fecha asciende la suma de Pesos .....(\$ .....00), suma que se encuentra sujeta a las modificaciones que en el futuro pudiera fijar este Consejo. En el caso de no poder realizarse el respectivo descuento por planilla, el titular se compromete a abonar en la sede del S.M.A.U.Na.M el adicional correspondiente del 01 al 10 de cada mes. Dejándose constancia que frente al incumplimiento del pago de un solo mes, dará derecho al S.M.A.U.Na.M a dar de baja la afiliación del familiar a cargo.-----

TERCERA: El afiliado titular declara bajo juramento que el "familiar a cargo", se encuentra bajo su exclusivo cargo, por lo que no posee ingresos propios ni es beneficiario de Obra Social alguna, comprometiéndose a abonar la cápita establecida en la Cláusula Segunda. -----

CUARTA: Asimismo el afiliado titular solicitante acepta expresamente que la afiliación que solicita queda sujeta siempre y cuando posea vinculación en relación de dependencia con la U.Na.M., como así también reconoce que al "familiar a cargo", no se le reconocerá derechos adquiridos, por lo que su calidad de beneficiario queda sujeta a las reglamentaciones que el Consejo de Administración fije para esta categoría de afiliados, en función de las posibilidades fácticas y jurídicas del S.M.A.U.Na.M., de prestarles los servicios médicos-asistenciales

mencionados.-----

QUINTA: El afiliado titular, se compromete por el presente a comunicar al S.M.A.U.Na.M., en forma inmediata, cualquier modificación en la situación de hecho y derecho del familiar a cargo” por el cual quedaría fuera del encuadre de esta categoría, quedando bajo su exclusiva responsabilidad las consecuencias dañosas que pudiera causar al S.M.A.U.Na.M., la falta de notificación del cambio de situación en cuestión. Así también asume el compromiso de abonar al S.M.A.U.Na.M lo que hubiere abonado este último, como consecuencia del consumo del familiar a cargo durante el plazo en que ya no correspondía su afiliación.-----

SEXTA: Por el presente el afiliado titular acepta y presta conformidad que todas las comunicaciones y/o notificaciones relacionadas con cualquier situación del familiar a cargo y/o a cualquier situación derivada de su vinculación con el S.M.A.U.Na.M que se remitan al e-mail arriba denunciado, serán válidas y tendrán el carácter de notificación fehaciente, comprometiéndose a comunicar cualquier modificación de la dirección de correo electrónico declarado en el presente.-----

En prueba de conformidad el titular firma la presente solicitud en la ciudad de: \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_ .-

Firma: ..... Aclaración: .....