

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



SOLICITUD DE INGRESO DE AFILIADOS ADHERENTES PLAN 2024

Resolución CD Nº162/24 y Resolución CD Nº133/25

Córdoba, ___ de _____ de 202_

Señor Presidente

Obra Social Universitaria DASPU

S. _____ / _____ D.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted y, por su intermedio, al resto de los miembros del Consejo Directivo de la Obra Social Universitaria DASPU, con el objeto de **solicitar el ingreso como Afiliado/s Adherente/s individual o colectivo de esa Obra Social para el denominado PLAN _____** A cuyo fin adjunto los datos personales del suscripto y formulo las declaraciones, reconocimientos y manifestaciones que surgen del presente, a saber:

APELLIDO Y NOMBRE AFILIADO TITULAR:			
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:	CUIL/CUIT:	
DOMICILIO: CALLE	Nº	PISO:	TORRE:
BARRIO:	CIUDAD:	CP:	
PROVINCIA:			
TELÉFONO:		TELÉFONO MÓVIL:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
INSTRUCCIÓN: Primaria Secundaria Terciaria Universitaria			

GRUPO FAMILIAR	APELLIDO Y NOMBRE DE AFILIADO ADHERENTE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	DOCUMENTO		PARENTESCO CON AFILIADO TITULAR
			DÍA	MES	AÑO		TIPO	NÚMERO	
1									
2									
3									
4									
5									
6									

Declaro bajo juramento que los datos consignados de mi puño y letra, en relación al suscripto y a los integrantes de mi grupo familiar, son auténticos y veraces y se proporcionan a los efectos de solicitar el ingreso del/los mencionado/s como afiliado/s adherente/s a la Obra Social Universitaria DASPU en el plan _____ según lo autoriza la **Res. CD Nº 162/24 y Nº 133/25** y de acuerdo a los demás términos condiciones de la normativa de DASPU.

Por medio de la presente, autorizo a DASPU a la lectura y/o utilización de la información que aquí se brinda, a los fines de su evaluación y/o cualquier otro trámite vinculado a la afiliación que se solicita, juntamente con el resto de los estudios que sean requeridos, los que conozco que son a mi cargo y que deben realizarse en los prestadores que me indique DASPU.

En mi carácter de aspirante como Afiliado adherente Titular de la Obra Social al plan _____ declaro conocer y aceptar los términos, condiciones y alcance del Reglamento de Afiliados Adherentes **Res. CD Nº 162/24 y Nº 133/25** y sus modificatorias-, como así también el alcance y prestaciones que la Obra Social se obligará a brindarme una vez que la afiliación haya sido aceptada y se hubiera abonado la primera cuota de afiliación que se determine, se cumpla el periodo de carencias que se establezca a mi respecto, cuyas condiciones y especificaciones me han sido debidamente informadas de manera amplia por la Obra Social.

También declaro que he sido debidamente informado que los valores económicos de la cobertura pueden ser ajustados por el Consejo Directivo de la DASPU de acuerdo a las variaciones de costos, como también por razones de edad, al superar la edad tope prevista para cada tramo etario de afiliación, de acuerdo a la edad del titular y de los demás integrantes del grupo familiar.

Comprendo y acepto expresamente que se pueden disponer valores diferenciales, debidamente justificados, para la admisión como afiliados al plan _____ para mi persona o los integrantes de mi grupo familiar, que presenten condiciones de salud y/o enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Entiendo y consiento que todos los aspirantes a ser incorporados como Afiliados Adherentes al plan _____ los integrantes del grupo familiar, deberán suscribir una Declaración Jurada de Salud y someterse a su verificación y evaluación médica requerida por la Obra Social, sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva.

Reconozco y acepto que DASPU podrá requerir cualquier información y/o estudios complementarios que se estime indispensable para considerar la solicitud de ingreso en base a mi Declaración Jurada, como así también los certificados médicos y/o estudios del solicitante y/o de los aspirantes a ser afiliados adherentes.

Asimismo, asumo el compromiso de actualizar y/o comunicar cualquier cambio en la información suministrada, y comprendo y acepto que la falsedad u omisión de informar alguna condición de salud y/o enfermedad preexistente, circunstancias y/o afecciones conocidas por mí o por los integrantes de mi grupo familiar, en tal Declaración Jurada eximirá a DASPU del reconocimiento de los gastos que ocasione su tratamiento, y que otorgará el derecho a DASPU a disponer sin más la pérdida de la condición de afiliado del suscripto y/o de mi grupo familiar y/o exigir la restitución del costo de las prestaciones que hubiera brindado, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieran corresponder.

Manifiesto conocer que los datos aportados formarán parte del banco de datos de DASPU, con domicilio en Av. Valparaíso s/n - Ciudad Universitaria, Córdoba, y serán tratados exclusivamente para brindar servicios a los asociados. Asimismo, manifiesto conocer la normativa de datos sensibles, como también que tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, como también que la DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales, habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 hs, llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar -.

Reconozco que he sido debidamente informado en cuanto a que, el llenado de la presente solicitud no implica aceptación de la afiliación y que, de conformidad con el reglamento de afiliaciones vigentes, la admisión como afiliado adherente individual o colegiado de la Obra Social se encuentra sujeta a la **previa y expresa aceptación de la afiliación** por parte de las autoridades de la entidad y al pago de la cuota correspondiente; conociendo que la DASPU podrá observar o rechazar la solicitud de afiliación dentro de los sesenta (60) días corridos desde su presentación a su exclusivo criterio y sin necesidad de invocar causa alguna, sin que ello genere derecho a reclamo ni indemnización alguna.

Asimismo, reconozco que he sido informado acerca de que, vencido el término de sesenta (60) días anteriormente indicado, de no contarse con la aceptación expresa y por escrito de la admisión como afiliado de la Obra Social, se considerará/n denegada/s la/s solicitud/es de afiliación.

Igualmente declaro conocer y aceptar que, de resultar aprobada la presente solicitud de afiliación, deberé abonar las cuotas correspondientes del 1 al 10 de cada mes; que la falta de pago en tiempo de la cuota generará de manera automática la suspensión del servicio sin necesidad de comunicación alguna, y que, en caso de que la mora fuera superior a sesenta (60) días corridos, se dispondrá de manera automática la baja definitiva de mi afiliación y la de mi grupo familiar.

Por la presente declaro haber recibido información completa sobre las disposiciones del Reglamento de Afiliados Adherentes PLAN 2024 de la DASPU **Res.CD N° 162/24 y N° 133/25**, como así también sobre las condiciones, alcance y extensión de la cobertura médica a la que pretendo acceder según el cual estoy requiriendo la afiliación, su cartilla de prestadores, los términos y alcances de la cobertura y períodos de carencias; y me comprometo a respetar la cobertura conforme la habilitación progresiva programada, a que se utilice exclusivamente la red de servicios y prestadores con los que la DASPU tenga convenio y a aceptar el Nomenclador/Vademécum de esa institución para la cobertura que pretendo afiliarme, reconociendo que todo aquella cobertura que no se encuentre autorizada deberá ser abonada de manera individual por el afiliado. He sido informado de que existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, según los términos y alcances del Nomenclador DASPU

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En mi carácter de aspirante Afiliado al Plan _____ tomo conocimiento y me obligo a:

1.- DEBER DE COLABORACIÓN:

Que cuando la cobertura médico asistencial que preste DASPU se deba o vincule con padecimientos y/o lesiones psicofísicas sufridas por el suscripto y/o cualquiera de los integrantes del grupo familiar a mi cargo, y que hayan sido motivadas por accidentes de cualquier naturaleza (de tránsito, laboral, doméstico, etcétera) en los que se encuentre implicada la responsabilidad directa o indirecta de un tercero (persona física, jurídica o compañía aseguradora de Riesgos del Trabajo, seguro de responsabilidad civil, etcétera), me obligo a informar a la DASPU los detalles y antecedentes del caso que sean de mi conocimiento, así como a proveer los datos necesarios para la individualización del tercero. De igual modo me comprometo a colaborar con el trámite administrativo o judicial de recupero de gastos por parte de la Obra Social Universitaria, y/o ceder a la Obra Social los derechos a tal efecto.

2.- DOBLE COBERTURA:

Comunicar a la DASPU cualquier situación de doble cobertura del suscripto y/o de alguno de los miembros de mi grupo familiar, individualizando nombre de la Obra Social, Empresa de Medicina Prepaga de Salud, ART, compañías aseguradoras y/o cualquier otro tercero que pudiera corresponder.

En cumplimiento con lo dispuesto en este punto 2, declaro bajo juramento que al día de la fecha la situación de quienes cuentan con cobertura brindada por otra institución es la siguiente:

Sr./a _____ Otro/s Ente/s de cobertura _____

Sr./a _____ Otro/s Ente/s de cobertura _____

Sr./a _____ Otro/s Ente/s de cobertura _____

Firma y Aclaración de Afiliado Titular