

GUÍA PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE AFILIACION A OMINT

1.- Seleccione Socio Individual Directo

Socio Individual Directo <input type="checkbox"/>	Socio vía Obra Social <input type="checkbox"/>	Socio Monotributista <input type="checkbox"/>	Grupos Afinidad <input type="checkbox"/>	N-Choice <input type="checkbox"/>	Titular responsable sin cobertura (Menores de 18 años que trabajan) <input type="checkbox"/>	Campaña					
---	--	---	--	-----------------------------------	--	---------	--	--	--	--	--

2.- Complete los datos del Titular de la Mutual y después los datos de su grupo familiar

Datos del titular

Nº 00	Apellido/s	Nombre/s		
Fecha de nacimiento	Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Estado civil Nº

Beneficiarios dependientes (en caso de necesitar espacio para más beneficiarios, usar otro formulario) (Parentescos C: Cónyuge/ H: Hijo/ F: Familiar a cargo)

Nº 01	Apellido/s	Nombre/s			Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nº 02	Apellido/s	Nombre/s			Estado civil Nº
Fecha de nacimiento	Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	Tipo Nº Doc. (CUIL/PA/CM/ET)	Nacionalidad	Parentesco con el titular C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

3- Complete los datos relacionados a la dirección y donde desea recibir las comunicaciones/materiales de OMINT

Domicilios

1	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia		
Teléfono ()		Teléfono Celular ()		
E-mail				
2	Calle	Número	Piso	Dpto.
Código Postal	Localidad	Provincia		Teléfono ()

Marque con una x según corresponda

Domicilio de recepción de materiales / comunicaciones:	Sucursal <input type="checkbox"/>	Indique cual:	Domicilio 1 <input type="checkbox"/>	Domicilio 2 <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	---------------	--------------------------------------	--------------------------------------

4.- Complete con los datos del plan y al final a partir desea comenzar con la cobertura

Contrato																					
Plan												Módulo Adicional					Suma aportes con el Cónyuge Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vigencia 01			

5.- Complete los datos del Titular de la Mutua y después los datos de su grupo familiar. (se muestra un EJEMPLO)

Tener en cuenta:

- **COMPLETAR TODO** el **CUADRO DE COSTOS** correspondiente al plan que eligió.
- Vigencia colocar el mes de **vigencia de los precios de la afiliación que le envío la Mutua**
- Si la Solicitud es para más personas, además del Titular, por favor, **sumar los costos individuales** de acuerdo con la tabla de costos y poner el **TOTAL en donde dice "PRECIO CUOTA MENSUAL VIGENTE A LA FECHA"**
- **NO OLVIDAR** de firmar

Datos de desregulación y Grupo de Afinidad (Para cada beneficiario desregulado adjuntar: últimos recibos de sueldo, formulario de Obra Social y formulario de la SSS)

Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	Obra Social
00	01 08 24	5 2 7 6 5 7	MUTUAL ESCARABAJO	DIRECTO
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	PMO Obra Social <input type="checkbox"/> PMO OMINT <input type="checkbox"/>
Benef.	Vigencia	Código Empresa	Razón Social de la empresa y Grupo de Afinidad	

Precio de cuota mensual vigente a la fecha para la cobertura contratada

\$ 126885,17	Diferencia a pagar aproximada \$	IVA no incluido. Precio válido para la totalidad del grupo familiar indicado en este formulario
--------------	----------------------------------	---

Tabla de valores de cuota por edad y por beneficiario del plan elegido del Titular y su grupo familiar

PRECIO	0-25	26-49	50-65	66-999			
	\$ 62008,06	\$ 99702,05	\$ 126885,17	\$ 202947,10			

Los precios arriba especificados son actuales y podrán ser modificados de acuerdo a lo establecido en el reglamento suscripto al ingreso conjuntamente con la firma en la presente solicitud. En el supuesto que el aporte correspondiente al salario no alcance a cubrir integralmente el valor del plan suscriptor contratado, la diferencia entre el aporte y el valor del plan se encontrará a exclusivo cargo del titular.

Firma del Titular: **NO OLVIDAR DE FIRMAR**

6- Selecciona la forma de pago de la cuota y si selecciona Tarjeta de Crédito **NO OLVIDE FIRMAR**

Datos impositivos (sólo llenar cuando el titular solicita condiciones especiales de facturación)

<input type="checkbox"/> Consumidor final	<input type="checkbox"/> Monotributista	⚠ Cuando corresponda completar CUIT y adjuntar N° de Ingresos Brutos con copia del formulario de Inscripción y del formulario de la AFIP.	
<input type="checkbox"/> Responsable inscripto		CUIT (sin espacios ni guiones)	N° Empresa:

Adhesión a débito automático de cuenta bancaria.

<input type="checkbox"/> Débito directo de cuenta bancaria	⇒	CBU

Medios de pago sin costo adicional: Pago directo desde cuenta bancaria, Pago por internet, Pago en cajero automático, Pago en bancos adheridos, Pago mis cuentas, Bapro, Sucursales OMINT; para más información www.omint.com.ar, Servicios al Socio, Atención al Cliente, Medios de pago.

Adhesión a débito automático con tarjeta de crédito.

Débito automático con tarjeta de crédito	Número de tarjeta de crédito (sin espacios ni guiones)	Firma del Titular de la cuenta o tarjeta de crédito
<input type="checkbox"/> VISA		
<input type="checkbox"/> AMEX		
<input type="checkbox"/> Mastercard		
<input type="checkbox"/> Diners		
<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	Vencimiento tarjeta de crédito Mes /Año: /	Aclaración:

Declaro bajo juramento que asumo plena responsabilidad por los datos bancarios informados en la presente.

7.- COMPLETE LA DECLARACION JURADA QUE ES LA PAGINA 2 DEL FORMULARIO **Y NO OLVIDE FIRMAR AL FINAL**

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

Propietario