

NOTA DE RATIFICACIÓN DE ADHESIÓN

(Lugar, fecha).....,..... de..... de.....

**Sr. Gerente General
de Sancor Cooperativa
de Seguros Limitada**

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente autorizo a realizar los movimientos en mi cuenta corriente importes relacionados con mi afiliación a la Asociación Mutual de Productores de Sancor Seguros, incluida la cuota social establecida por Asamblea.

En estos momentos ratifico mi adhesión a:

Cuota Social: **SI** (obligatorio)

Póliza de Salud: **SI** (obligatorio) – **Por favor cumplimentar la correspondiente Declaración Jurada de Salud.**

Sistema de Previsión: _____ (colocar si o no) – **En caso de indicar "si", completar la correspondiente Declaración Jurada de Salud.**

Medicina Preventiva Titular: _____ (colocar si o no)

Medicina Preventiva Cónyuge: _____ (colocar si o no)

Sin otro particular, saludamos atentamente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento de Identidad: _____

Nro. de Organizador: _____

Nro. de Productor: _____

DECLARACION JURADA DE SALUD para ingreso al SISTEMA DE PREVISION

FECHA:

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE:

CUIT Nº: - -

DOCUMENTO TIPO: NÚMERO:

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

DOMICILIO: NÚMERO: PISO: DPTO.:

LOCALIDAD: C.P.: PROVINCIA:

CODIGO DE PRODUCTOR CODIGO DE ORGANIZADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

ESTATURA: PESO: ¿FUMA?: SI NO

¿LE TOMARON LA PRESION ARTERIAL?: SI NO ¿QUE NIVELES LE INDICARON?

¿ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, DAR DETALLES:

INDICAR QUE MEDICAMENTO ESTA INGIRIENDO EN LA ACTUALIDAD:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:

¿SE ENCUENTRA INSCRIPTO EN EL INCUCAI PARA RECIBIR UN TRANSPLANTE? SI NO

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE? ¿CUÁLES?

¿TIENE ALGÚN DEFECTO FÍSICO? ¿CUÁL?

¿TIENE ALGÚN DEFECTO VISUAL? ¿CUÁL?

¿ACTUALMENTE GOZA DE BUENA SALUD? SI NO

¿DECLARA SER ZURDO? SI NO

¿HUBO EN SU FAMILIA (COSANGUÍNEA) CASOS DE SUICIDIO, INSANIA, CANCER, EPILEPSIA, DIABETES O TUBERCULOSIS? SI NO

DETALLES:

FIRMA

ACLARACIÓN y DNI