



ENTE AUTARQUICO - LEY NACIONAL N° 24.741

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS FILIATORIOS Y ESTADO DE SALUD

1. AFILIADO/A TITULAR

1.1. DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:		
D.I. N° (L.E.-L.C.-D.N.I.):		
Fecha de Nacimiento:/...../.....		Estado Civil:
Domicilio:		
Localidad:		Provincia: C.P:
Teléfono personal	Fijo:	Celular:
Teléfono laboral	Fijo:	Celular:
Teléfono alternativo (amigo/familiar de contacto):		
E-mail:		
Profesión/Ocupación:		
Lugar de trabajo:		
Legajo (Agentes universitarios):		
Cargo (Agentes universitarios):		

¿Posee otra Obra Social, Mutual o Prepaga?
¿Cuál?

¿Posee Servicio de Emergencia contratado?
¿Cuál?

Otras observaciones:



1.2. ESTADO DE SALUD

1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)
3. ¿ Padece enfermedades actualmente? ¿ Cuáles?
4. Incapacidades/discapacidades.
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos.
6. Otras Observaciones de interés.



GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Por favor complete los datos por cada uno de los integrantes de su grupo familiar primario.
Sólo consigne la información de los **beneficiarios que estarán a su cargo** en la Obra Social.

1

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



2

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



3

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



4

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



5

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



6

APELLIDO Y NOMBRES:	
D.N.I. N°	VÍNCULO:
FECHA NAC: /..... /.....	
¿Posee otra cobertura de salud? SI..... NO.....	¿Cuál?
1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha)	
2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas)	
3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles?	
4. Incapacidades/Discapacidades	Certificado de Discapacidad: SI..... NO.....
5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos	
6. Otras Observaciones de interés.	



Declaro bajo juramento no ocultar ninguna patología, ni diagnóstico que no haya sido mencionado en mi historia clínica.

Por la presente declaración reconozco, haber leído, aceptado y firmado las **Condiciones Generales y Reglamentaciones ASPURC** que en Adjunto se entrega, conocer que cualquier omisión podrá dar lugar a la inmediata y automática exclusión de la Obra Social ASPURC.

FIRMA

ACLARACIÓN



CONDICIONES Y REGLAMENTACIONES ASPURC

AFILIACIONES: son afiliados a esta Obra Social, y sus respectivos aportes:

- Titulares Docentes. Aporte Personal del 3% sobre el bruto remunerativo del cargo de dedicación exclusiva (Ley 24741) más Plan Especial del Prestaciones (PEP).
- Titulares No Docentes. Aporte Personal del 3% sobre el bruto remunerativo del cargo de revista (Ley 24741) más Plan Especial del Prestaciones (PEP).
- Beneficiarios Directos:
 - Cónyuges y Convivientes. Incluido en el aporte del titular.
 - Hijos menores de 22 años. Incluido en el aporte del titular.
 - Hijos entre 22 años y 25 años inclusive que se encuentren cursando estudios. Incluido en el aporte del titular.
- Beneficiarios Adherentes. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual., estos son:
 - Hijos mayores de 21 años que no se encuentren cursando estudios. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.
 - Hijos mayores de 25 años. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.
 - Nietos. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.
 - Padres de titulares efectivos (estas incorporaciones están suspendidas por Resolución CD 006/2013).
- Adherentes. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual:
 - Jubilados docentes y no docentes universitarios. Aporte del 9% sobre el bruto remunerativo de su haber jubilatorio actualizable según los índices establecidos por el Estado Nacional más PEP.
 - Agentes con licencia sin goce de haberes. Aporte del 9% sobre el haber mensual que le correspondería por el cargo y la dedicación por la cual se solicitó la licencia más PEP.
 - Familiares de titulares fallecidos. Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.
 - Egresados universitarios (estas incorporaciones están suspendidas por Resolución CD 006/2013). Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.
 - Becarios de organismos oficiales, ayudantes de investigación o extensión (estas incorporaciones están suspendidas por Resolución CD 006/2013). Afiliación optativa mediante pago de cuota mensual.

Requisitos:

- Consultar en nuestras oficinas o <http://www.aspurc.org.ar/afiliaciones/tramitacion-y-requisitos>

IMPORTANTE: ante cualquier cambio en las situaciones planteadas o bien, en la composición de su grupo familiar primario, es **OBLIGATORIO** informarlo en un plazo no superior a los 30 (treinta) días para su readecuación afiliatoria, reservándose ASPURC iniciar las acciones legales necesarias ante tal incumplimiento.

Reglamentación interna:

- Resoluciones Consejo Directivo N° 4/2002-1/2003-5/2004-37/2004-15/2007-18/2010-7/2011-16/2011-18/2011-32/2012-5/2015-8/2015-27/2015-11/2016-40/2017-1/2018-PR 01/2018

PLAN ESPECIAL DE PRESTACIONES: Es el aporte que realiza cada Afiliado Titular, Adherente Titular, Jubilados Titulares, Titulares de Afiliados Fallecidos y sus respectivos Miembros de su grupo Familiar, de manera **Obligatoria**, con la finalidad de prestar Cobertura a Prácticas de Alta Complejidad y No Nomencladas, así como otras que, por Excepción se han incluido.

El monto del aporte se conforma de una parte variable y otra fija dependiendo la composición del Grupo Familiar Activo a esta Obra Social.

Reglamentación interna:

- Resoluciones Consejo Directivo N° 21/1993-12/2017

COBERTURA MEDICA: ASPURC ofrece tres medios de Cobertura para Tratamientos de Salud y Prevención para toda práctica que, desde el punto de vista científico-médico, se haya demostrado su eficiencia para cada patología. La primera es por intermedio de Convenios y/o Contratos celebrados con Profesionales o Instituciones, la segunda por Servicios entregados de manera directa, la tercera mediante Reintegro de Valores por prácticas previamente estipuladas.

Por cada práctica debidamente autorizada el titular deberá abonar un monto en concepto de Coseguro, salvo que el Afiliado cumpla con los requisitos legales de Cobertura 100% a cargo de la Obra Social ya sea por Patología, Plan Especial o la que en un futuro el Estado Nacional crease.

El afiliado abonará la Diferencia de Valores por las Prácticas realizadas en Ciudades fuera de Río Cuarto y Villa María, tomando como base de referencia los Convenios firmados en ambas Ciudades, salvo derivación profesional expresa y plenamente justificada, o que dichas prestaciones no se realicen en localidades sedes de ASPURC. Para acceder a estos Prestadores es necesario retirar la Derivación respectiva.

Requisitos y documentación a presentar: <http://www.aspurc.org.ar/prestaciones> o en oficinas de ASPURC.

SERVICIO DE CUENTA CORRIENTE:

1) SERVICIO: El servicio de Cuentas Corrientes es un beneficio al que pueden acceder todos los AFILIADOS. Permite el pase a la cuenta corriente de los coseguros por todo concepto, con la adición de un **gasto administrativo**, establecido por **Resolución 035/2017**.

La cuenta corriente es **Obligatoria tanto para TITULARES como para ADHERENTES** para los coseguros por: Internaciones, Oxigenoterapia, prestaciones realizadas fuera de las Ciudades de Río Cuarto y Villa María y cualquier otra práctica que en el futuro se determine.

Los **AFILIADOS TITULARES** (Personal de la UNRC y UNVM) abonarán el saldo mensual de su cuenta corriente a través del descuento de sus haberes, mediante un código específico.

Los Afiliados **ADHERENTES TITULARES** (Jubilados, Jubilados de EDECOP, Adherentes de Titular Fallecido, Graduados) abonarán el saldo mensual a través del sistema de Débito Automático en Caja de Ahorro o Cuenta Bancaria, para lo que deberán cumplimentar el formulario correspondiente.

El saldo mensual se informará mediante el envío automático del Resumen mensual correspondiente al correo electrónico



consignado por el Titular en su ficha de afiliación.

2) FINANCIACIONES

El afiliado podrá acceder a planes de financiación de su cuenta corriente: El saldo exigible (consumos del mes) podrá ser financiado en **Hasta 12 (doce) cuotas mensuales iguales y consecutivas**, con una cuota mínima equivalente al 30% (treinta por ciento) del valor de la Cápita ASPURC vigente.

La financiación tiene un gasto administrativo establecido por Res.035/2017, que se aplicará mensualmente en forma directa sobre el total del saldo a financiar y se adicionará al valor de la cuota pura.

El período para financiar el saldo del mes inmediato anterior se establecerá e informará mensualmente en función de las fechas de entrega de archivos que determina Recursos Humanos de las Universidades y los períodos establecidos para el envío del Débito Automático al banco.

3) INHABILITACIONES

Las cuentas corrientes quedarán INHABILITADAS:

AFILIADOS TITULARES: cuando el descuento efectuado en sus haberes sea inferior o nulo respecto del saldo mensual informado.

ADHERENTES TITULARES: Cuando, por cualquier causa, no pueda ser debitado el saldo mensual informado. Y/o cuando no cumplimenten la presentación del formulario para adhesión al Débito Automático.

Las cuentas corrientes se habilitarán cuando los Titulares abonen el saldo deudor vencido más los intereses punitivos correspondientes, antes del día 10. Caso contrario, se mantendrán inhabilitadas y dichos montos se incorporarán al próximo saldo a cobrar, habilitando a esta Obra Social a iniciar las gestiones pre y judiciales para el cobro de los mismos.

Firma, Aclaración y DNI