



Estimado/a Socio/a

Le damos la bienvenida y le agradecemos su interés en formar parte de nuestra Institución.

A fin de iniciar el proceso de incorporación, deberá descargar la documentación correspondiente en formato PDF, completarla en su totalidad y enviarla firmada y escaneada al siguiente correo electrónico:

Secretariacommza2@gmail.com

Una vez recibida la documentación, la misma será evaluada por la Comisión Directiva, quién determinará la aceptación o no de su inscripción como socio.

Es fundamental que la información enviada sea clara, completa y legible para evitar demoras en el proceso de revisión.

Asimismo, deberá adjuntar los siguientes requisitos obligatorios:

- **Foto carnet actualizada.**
- **Fotocopia de DNI**
- **Fotocopia de matrícula profesional**
- **Fotocopia de título habilitante**
- **Constancia de inscripción en AFIP**
- **Constancia de Ingresos Brutos**

A continuación, se incluye una tabla de control para facilitar el seguimiento de la documentación requerida:

Checklist de documentación y formularios

Item	Completo X	Observaciones
Requisitos		
1 foto carnet		
Fotocopia DNI		
Fotocopia Matrícula		
Fotocopia Título		
Inscripción AFIP		
Inscripción Ingresos Brutos		
Solicitud de inscripción		
Seguro de vida (completar por triplicado)		
Seguro de Praxis		
Solicitud de Dotar		
Beneficiarios de Dotar		
Afiliación F.A.S.O.		

Quedamos a su disposición ante cualquier consulta o asistencia que necesite durante el proceso.

Saludos cordiales.

Círculo Odontológico de Mendoza



SOLICITUD DE INGRESO A SOCIEDADES

Mendoza, de 20.....

APELLIDOS: NOMBRES:

Fecha de Nac:loc.:prov.:país:.....

D.N.I.: CUIT:

Domicilio Particular: Nº: Piso: Dpto:
.....

Localidad: código Postal: Tel. cel.:

Dirección de Correo Electrónico:

Especialidad:

Otra entidad a la que esté asociado:

Entidades públicas, oficiales y privadas donde ejerza la especialidad

.....

SOCIEDADES	MARCAR X
S.O.O.M.M (Sociedad de Ortodoncia)	
SOCIEDAD DE CIRUGIA	
A.M.O. (Sociedad de Odontopediatría)	
S.O.M.E.PER. (Sociedad de Periodoncia)	
SOCIEDAD DE ENDODONCIA	
SOCIEDAD DE OPERATORIA	
SOCIEDAD DE IMPLANTES	
SO.M.O.L. (Sociedad Mendocina de Odontología Legal)	
SO. M.O.P.E. (Sociedad Mendocina de Odontología de Pacientes Especiales)	

IMPORTANTE: Complete la ficha en imprenta legible, actualice sus datos, ante cualquier duda comuníquese con la Escuela de Mejoramiento Profesional, estamos a su disposición. E – mail: mejoramientoprofesionalcom@gmail.com

.....
Firma y Sello

RESERVADO PARA COMISIÓN DIRECTIVA

En reunión de fecha/...../..... se acepta como socio al Dr./a:

.....

Secretario

.....

Presidente



**CIRCULO ODONTOLÓGICO
DE MENDOZA**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO: NOMBRES:.....
Fecha de nac.:/...../..... Loc:..... Prov.: País:.....
Estado Civil:..... DNI:
Domicilio particular:..... N° Piso Dpto
Cod. Postal: Localidad:..... T.E.:
Domicilio consultorio:..... N° Piso Dpto
Cod. Postal: Localidad:..... T.E.:
E-mail:.....
Diploma de Otorgado por Fecha de Egreso.....
Matrícula N°:..... Especialidad:.....
Otra entidad a la que está asociado:.....
Cargos desempeñados en C.D. de otra institución profesional:.....

Condición frente al IVA: **Resp. Insc.** **Resp. No Insc.** **Monot.**

CUIT N°:..... Ingresos Brutos:

FIRMA

FIRMA

FIRMA

RESERVADO PARA COMISIÓN DIRECTIVA

En reunión de fecha:/...../..... Se acepta como socio al Dr/a:

.....

SECRETARIO

PRESIDENTE

(Marque con una cruz)
Solicitud inicial de cobertura

Titular

Modificación de datos

Fecha de solicitud
____/____/____

Solicitud N°
A

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social _____ Póliza _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre/s		Legajo laboral N°		Capital asegurado	
DNI / LE / CI / PAS / LC N°		Fecha de nacimiento		Estado civil	
Domicilio particular. calle		Número	Piso	Dpto.	Cód. postal
Provincia		Teléfono		E-mail	
Ocupación		Fecha de ingreso a la compañía		¿Es Ud. zurdo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad		Lugar de nacimiento		Sexo	
				CUIT / CUIL	

DATOS DEL CÓNYUGE (completar estos datos SOLAMENTE en el supuesto de incorporar al cónyuge al Seguro)*

***IMPORTANTE:** quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

Apellidos y Nombre/s		DNI / LE / CI / PAS / LC N°	
Fecha de nacimiento		Beneficiario del cónyuge: El Asegurado Titular	
		Capital Asegurado:	

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS *

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC N°	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	Orden	%

Datos de grupo familiar asegurado, sin titular ni cónyuge (hijos del titular entre 14 y 21 años) que correspondan con las condiciones de póliza aceptadas por el contratante.

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC N°	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	%

- * Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
 - * La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418)
 - * Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.
 - * Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.
 - Acepto expresamente que:**
 - * Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la Compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.
 - * Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.
 - * El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.
 - * Tomo conocimiento de lo dispuesto en el art. N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 que establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato". A consecuencia, MetLife Seguros S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación del seguro y no asume responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma.
 - * Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que usted solicita y se almacenarán en la base de datos de Clientes de MetLife Seguros S.A. que se encuentra registrada en la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. El titular de los datos personales 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, inc. 3 de la Ley 25.326. 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.
- Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y las personas que ésta designe, a tener acceso a toda la información/documentación médica referida a mi persona, obrante en poder de profesionales y/o establecimientos asistenciales, así como a requerir todas las aclaraciones y explicaciones que pudieran resultar convenientes a efectos de este seguro.

Firma del propuesto asegurado (revalidar con su firma el duplicado y triplicado)		Lugar y fecha	Sello y firma de la empresa contratante
		Aclaración firma del asegurado	

LUPA LUPA (BLANCO) LUPA LUPA (AZUL) LUPA LUPA (VERDE)

DTC FORIL REV. 0409



CIRCULO ODONTOLÓGICO DE MENDOZA

SEGURO DE PRAXIS

Al Señor Presidente
Federación Odontológica de Mendoza
Presente

Mendoza, _____

Por medio de la presente, acepto al seguro de Mala Praxis correspondiente a la Cooperativa de Seguros Sancor, contratada per la Federación Odontológica de la Provincia de Mendoza, como así también su reglamentación y normas legales,-
Atte

Firma y Sello

Fecha/...../.....Círculo al que pertenece

Apellido y Nombres:

Matrícula Provincial:Matrícula Nacional:

Nº. Documento:Nº de CUIT:

Fecha de Nacimiento:...../...../.....Condición IVA:

Nº. Ingresos Brutos:.....

No ANSSAL:E-mail:.....

Especialidad/es:.....

¿Atiende Obras Sociales? SI NO

Domicilio Particular

Calle y Nro.Localidad.....

DepartamentoTeléfono

Otro/s consultorio/s

Calle y Nro.Localidad.....

DepartamentoTeléfono



**CIRCULO ODONTOLÓGICO
DE MENDOZA**

**PREVISIÓN ODONTOLÓGICA · PRESTACIÓN DEFINITIVA
FONDO MUTUO SOLIDARIO · DOTAR**

APELLIDO:..... NOMBRES:.....
Fecha de nacimiento: /..... /..... / Sexo:..... Tipo y N° Doc.:
Estado Civil:..... Nacionalidad:
Domicilio particular:.....
Cod. Postal: Localidad:..... Prov.: T.E.:
Actividad o Profesión:.....
Domicilio laboral:
Cod. Postal: Localidad:..... Prov.: T.E.:
Asumo responsabilidad por la exactitud de los datos consignados.
Firma del solicitante Fecha: /..... /.....

APELLIDO:..... NOMBRES:.....
Fecha de nacimiento: /..... /..... / Sexo:..... Tipo y N° Doc.:
Estado Civil:..... Nacionalidad:
Domicilio particular:.....
Cod. Postal: Localidad:..... Prov.: T.E.:
Actividad o Profesión:.....
Domicilio laboral:
Cod. Postal: Localidad:..... Prov.: T.E.:
Asumo responsabilidad por la exactitud de los datos consignados.
Firma del solicitante Fecha: /..... /.....

PARA ADMINISTRACIÓN DOTAR

Edad prevista de retiro: Mes:..... Año:.....
Extensiva a sucesor..... %:..... R.U.V.
Subsidio: R.N.....
Código grupo / Plan:.....
Grabó:..... Verificó:.....
Observación:.....
.....
.....



FONDO SOLIDARIO
PRESTACIÓN DEFINIDA
DOTAR
PREVISIÓN ODONTOLÓGICA

SOLICITUD

N° 2427

Activo
Miembro. Participante
Adherente
Lugar:

DIA:
Fecha: MES:
AÑO:

AL SEÑOR
PRESIDENTE DEL
CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MENDOZA

Por la presente me dirijo a Ud. y por su intermedio a la Comisión Directiva, a fin de expresar mi adhesión al sistema DOTAR implementado por la entidad, manifestándole que conozco y acepto la "Reglamentación General y Condiciones Particulares" que lo rigen y que deseo que me envíen copia.

Por ello es que a partir de la fecha aportaré al FONDO la cantidad de () "unidades valor" diarias, cuyo importe inicial de suscripción de y los subsiguientes aportes realizaré:

1. Mediante débito liquidación Obras Sociales.
2. Efectivo/Tarjeta/Cheque.
3. Autorización descuento de mis haberes.
4. Otro medio

Asimismo declaro bajo juramento que asumo la responsabilidad por la exactitud de los datos consignados en este formulario.

Firma del solicitante:

Fecha nacimiento: / /
Tipo y N° Doc:
Dom. Particular:
Cód. Postal:

Socio C.O.M. N°:.....

Edad:

Apellido:
Nombres:
Estado Civil:
Nacionalidad:

Localidad:
Otorgó conformidad
Débito.....

Actividad o profesión:

Dom. Laboral:

Cód. Postal:

Localidad:

Lugar donde enviar información:

Adherente/participante presentado
por: _____

Firma: _____

Tachar lo que no corresponda.

Aprobación:

- Consignar cantidad de unidades de uno a nueve.

FONDO DE ACCION SOCIAL ODONTOLOGICO

Señor Secretario de Acción Social del C.O.M.

Por la presente solicito mi incorporación como afiliado/a titular al F.A.S.O., aceptando las disposiciones establecidas en su código orgánico y el reglamento respectivo, que declaro conocer, o cualquier otra reglamentación que dicte al respecto la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Mendoza.

Apellido: Estado Civil:

Nombre: Profesión:

Socio C.O.M. N°: M.P. N°:

D.N.I.: Domicilio Part.:

Edad: Domicilio Cons.:

Fecha Nacimiento: T. E.:

Padece alguna enfermedad actualmente? *Si* *No*

Tuvo que someterse a cirugía? *Si* *No*

AFILIADOS FAMILIARES

APELLIDO Y NOMBRE	Parentesco	Edad	Ocupación	Nº. Documento	Fecha Nac.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

.....
FIRMA