

OSSEG

OBRA SOCIAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE AFILIACION

– Declaración Jurada –

Antes de completar la presente solicitud lea detenidamente las instrucciones al dorso.

DATOS PERSONALES	TIPO Y N° DE DOCUMENTO		CUIL / CUIT		
	APELLIDO		NOMBRE		
	NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	
	DOMICILIO CALLE		N°	PISO	DTO.
	LOCALIDAD	PROVINCIA	TEL.	C.P.	

DATOS LABORALES	EMPRESA		N°		
	CALLE		N°	Piso	
	LOCALIDAD		TEL.	C.P.	
	FECHA DE INGRESO		SUELDO / COMISIONES		
	CUIT DE LA EMPRESA		MATRICULA LEY 22400 N°		
CAJA	TIPO	N°	COP.	Dig.	
LUGAR Y FECHA					
CERTIFICACION DE LA EMPRESA EMPLEADORA			FIRMA DEL SOLICITANTE		
LUGAR Y FECHA		SELLO DE LA EMPRESA	SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE		

GRUPO FAMILIAR PRIMARIO A INCORPORAR	PARENTESCO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO		CUIL / CUIT		
	APELLIDO Y NOMBRE						
	NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO
	ESTUDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CONV. C/TITULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	ALTA OSSEG			VENC. AFIL.			
	PARENTESCO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO		CUIL / CUIT		
	APELLIDO Y NOMBRE						
	NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO
	ESTUDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CONV. C/TITULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	ALTA OSSEG			VENC. AFIL.			
	PARENTESCO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO		CUIL / CUIT		
	APELLIDO Y NOMBRE						
NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO	
ESTUDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CONV. C/TITULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
ALTA OSSEG			VENC. AFIL.				
PARENTESCO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO		CUIL / CUIT			
APELLIDO Y NOMBRE							
NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		SEXO	
ESTUDIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CONV. C/TITULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
ALTA OSSEG			VENC. AFIL.				

RESERVADO OBRA SOCIAL

ORIGINAL OSSEG

AFIL 3301

Administrativo	Adherente	Productor	Jubilado	Opción
----------------	-----------	-----------	----------	--------

PLAN

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA LA AFILIACION

AFILIACION DE TITULAR, CONYUGUE E HIJOS PARA TODOS LOS PLANES:

- ACTA DE MATIRMONIO (presentar original y una copia).
- PARTIDA DE NACIMIENTO DE CADA HIJO (presentar original y una copia).
- CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR EXTENDIDO POR UN ESTABLECIMIENTO DEPENDIENTE DEL MINISTERIO DE EDUCACION (presentar por cada hijo entre 21 y 25 años inclusive) y S.I.J.Y.P. solicitado ante la Anses.
- RECIBO DE SUELDO (para Opción de Obra Social, presentar original y fotocopia de los tres últimos).
- LA PRESENTE SOLICITUD DEBE CERTIFICARSE POR EL EMPLEADOR.
- JUBILADOS / PENSIONADOS: Certificación de Cese del Empleador, Constancia de iniciación del trámite jubilatorio y/o del beneficio acordado.
- PRODUCTORES: Fotocopia del pago de la matrícula.
- PARA LA AFILIACION DE OTRAS PERSONAS A CARGO, SI CORRESPONDIERA SE REQUERIRA MAS DOCUMENTACION.

-
- ADHERENTES: Declaro conocer el reglamento de ADHERENTE VOLUNTARIO como así también los valores de cuotas vigentes a la fecha.

Firma

SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN DE COBERTURA

Solicito a partir de la fecha el cambio al "PLAN _____" de cobertura médico, asistencial que brinda OSSEG a mi favor y con relación a mi grupo familiar afiliado, comprometiéndome a abonar a la Obra Social de la Actividad de Seguros (OSSEG) la suma de \$ _____ en concepto de adicional para acceso al PLAN.

Dicha diferencia será abonada en forma adelantada del 1 al 5 de cada mes en el lugar que OSSEG me indicará.

Por medio de la presente acepto la variación mensual que pudiera generarse en el monto diferencial indicado precedentemente en función del valor que como aporte legal ingrese a OSSEG relacionado con mi remuneración.

Tanto la no aceptación de las modificaciones en el valor de la cuota como el incumplimiento en el pago total de la misma dará derecho a la Obra Social a suspender la cobertura médica del "PLAN _____" manteniendo tanto el afiliado principal como su grupo familiar la cobertura legal.

Firma del Interesado

El _____ / _____ / _____ se acepta la solicitud presentada incorporando a todo su grupo familiar al "PLAN _____".

Firma del Responsable