

**ANSES****Formulario**  
PS. 5.11**Aceptación de la Obra Social para  
beneficiario/a de origen y su grupo  
familiar (Decreto 292/95)****Se deja constancia de que la/el  
beneficiaria/o:****1- Titular de la prestación previsional**

Apellido	
Nombre	
CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento

Prestación - SIPA					
1	Ex-C	T	Número	C	DV
2	Ex-C	T	Número	C	DV
Renta Vitalicia					
Cód.	CUIT / CUIL			Tipo	
Nombre de la Compañía de Seguro de Retiro					

será aceptada/o como afiliada/o a esta Obra Social, junto a los siguientes miembros de su grupo familiar primario y/o familiares a cargo, por los cuales se abonará lo establecido por el Decreto 292/95.

**2- Miembros del grupo familiar primario y/o familiares a cargo**

1	Apellido		Nombre		
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
2	Apellido		Nombre		
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
3	Apellido		Nombre		
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
4	Apellido		Nombre		
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)

(\*) Marque con una X en caso de corresponder, por aplicación del artículo 9° de la Ley 23.660.

**3 - Obra Social**

Código RNOS	Denominación
-------------	--------------

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y aclaración de representante legal de la Obra Social

Sello de la Obra Social