



Datos Personales				
Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT		
Apellido		Nombres		
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		
Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido		Estado Civil	
Domicilio	N°	Piso	Dpto.	
Localidad	Provincia		C.P.	
Tel.		E-Mail		
Datos de la Empresa				
Empresa		N°		
Domicilio	N°	Piso	Dpto.	
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		Firma del Solicitante		
Certificado de la Empresa Empleadora				
_____		_____		_____
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		Nombres		
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil
Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.		
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT
Apellido		Nombre		
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil
Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.		
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT
Apellido		Nombre		
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil
Estudia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.		
Reservado Obra Social				
Administrativo	Adherente	Productor	Jubilado	Opción
				Plan



DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA AFILIACIÓN

AFILIACIÓN DE TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS PARA TODOS LOS PLANES:

- Acta de matrimonio (presentar original y una copia).
- En caso de concubinato, debe presentar Información Sumaria emitida por autoridad judicial o Unión Civil o Convivencial emitida por el Registro Civil, que acrediten más de 2 (dos) años de convivencia.
- Partida de nacimiento de cada hijo (presentar original y una copia).
- Para hijos de entre 21 y 25 años inclusive, se debe presentar constancia de alumno regular emitida por establecimiento educativo oficialmente reconocido y Certificación Negativa emitida por 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 afiliación de otras personas a cargo, si correspondiera se requerirá más documentación.
- Constancia de CUIL de todos los integrantes del grupo familiar emitida por ANSeS.
- No corresponde la inclusión como familiares a cargo del titular, de aquellas personas que sean beneficiarias de otra Obra Social, ya sea en carácter de titulares o familiares a cargo, ni la de hijos que cuenten con aportes propios.
- 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 médica, 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

Grupo Familiar Primario a Incorporar					
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			
Parentesco		Tipo y N° de Documento		CUIL/CUIT	
Apellido		Nombres			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento / /		Estado Civil	
Estudia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo de Nacimiento	Género Autopercibido	Convive con el Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta OSSEG		Vencimiento Afil.			