



Obra Social
de Actividades
Empresarias

Lugar y Fecha

N° de Afiliado

La presente solicitud de afiliación reviste el carácter de Declaración Jurada, siendo el afiliado exclusivo responsable por la falsedad o inexactitud de los datos consignados y en caso de que OSIM tome conocimiento de tal circunstancia procederá a la baja del afiliado y su grupo familiar debiendo el afiliado reintegrar la totalidad de los gastos ocasionados por tal motivo. OSIM se reserva el derecho de rechazar la presente solicitud.

DATOS AFILIADO TITULAR

Apellido	Nombre	Tipo y N° de Documento
----------	--------	------------------------

☐ A completar por OSIM

Prestador	Plan	Cuota
-----------	------	-------

A EMPRESA CLIENTE

Fecha Ingreso a la Empresa	Razón Social	N° de Cliente	N° de C.U.I.T.
Sueldo Bruto \$	Obra Social de Origen	Código	

B OTRAS EMPRESAS CON QUE UNIFICA APORTES

Razón Social	N° de Cliente	N° de C.U.I.T.	Sueldo Bruto \$
Razón Social	N° de Cliente	N° de C.U.I.T.	Sueldo Bruto \$

C DATOS AFILIADO TITULAR Alta ☐ Vigencia:/...../..... | Baja ☐ Desde:/...../..... Motivo: | Modificación ☐ Desde:/...../.....

Barra	Apellidos	Nombres		N° Persona
Tipo de Aportante	C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	Condición de I.V.A.:		
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo Estado Civil
Domicilio: Calle	Número	Piso	Dpto.	Código Postal Localidad
Provincia	Email	Teléfonos / fax		

D DATOS / CONYUGE / CONVENIENTE Alta ☐ Vigencia:/...../..... | Baja ☐ Desde:/...../..... Motivo: | Modificación ☐ Desde:/...../.....

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres	
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Razón Social de la Empresa		N° de CUIT	
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil N° Persona
Sueldo Bruto	Obra Social Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código	Obra Social de Origen	Suma Aportes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

E DATOS RESTO GRUPO FAMILIAR Alta ☐ Vigencia:/...../..... | Baja ☐ Desde:/...../..... Motivo: | Modificación ☐ Desde:/...../.....

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres	
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Plan - Familiar No a Cargo		
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil N° Persona

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres	
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Plan - Familiar No a Cargo		
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil N° Persona

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres	
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar C.U.I.L. <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Plan - Familiar No a Cargo		
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil N° Persona

MOTIVOS DE BAJAS

A • Renuncia a la Empresa
C • Mayoría de Edad
D • Jubilación

E • Despido
F • Fallecimiento del Titular
G • Cambio de Obra Social

H • Transferencia
J • Fin de Contrato
L • Licencia S/ Goce de Haberes (Aclarar Motivo)

M • Fallecimiento de Familiar
U • Problemas Económicos
V • Divorcio

CONTROL (uso interno)

Firma Promotor	Verificó / Recibió Documentación	
Controló	Cargó	Aprobó

Firma Afiliado Titular

Aclaración

Firma y Sello de la Empresa