



Solicitud de Afiliación - Actividad

Hoja de

Alta Modif.

Plan

CUIL Titular

Ingresó delegación

Ingresó afiliaciones

Datos Afiliado Titular

Apellido y nombres

F M DNI LE LC Otro ¿Cuál? Nro

Sexo

Documento Tipo

Fecha de nacimiento

Soltero Casado Divorc. Viudo Relación de hecho Separado de hecho

Nacionalidad

Estado civil actual

Estado actual

Calle Número Piso Dpto.

Entre calles y

Código Postal Localidad Provincia e-mail Teléfono

Domicilio de correspondencia (completar sólo si difiere del domicilio anterior)

Calle Número Piso Dpto.

Entre calles y

Código Postal Localidad Provincia e-mail Teléfono

¿Posee alguna discapacidad? Sí No ¿Cuál?

¿Registra enfermedad crónica o está en tratamiento? Sí No ¿Cuál?

Datos de la empresa

- - CUIT Reservado para OSPE Código empresa

Razón Social

Calle Número Piso Dpto.

Entre calles y

Código Postal Localidad Provincia e-mail Teléfono

Lugar o dependencia donde presta servicios

Legajo Nro Fecha de alta en la empresa Sueldo sujeto a aportes Aporte fijo

Legajo Nro

Fecha de alta en la empresa

Sueldo sujeto a aportes

Aporte fijo

En caso de haber seleccionado una cobertura superadora del PMO, indique si la Empresa se hará cargo del pago de la misma Sí No

Certificación de datos laborales

Lugar y fecha

Firma y Sello de la Empresa

Datos de familiares

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | Esposa <input type="checkbox"/> | Concubino/a <input type="checkbox"/> | Hijo/a <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Presenta certificado de estudios | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="text"/> | | | | | | | |
| Apellido y nombres | | | | | | | | |
| F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | DNI <input type="text"/> | LE <input type="text"/> | LC <input type="text"/> | Otro <input type="text"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Nro <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sexo | | Documento Tipo | | | | Fecha de nacimiento | | |
| <input type="text"/> | | Soltero <input type="checkbox"/> | Casado <input type="checkbox"/> | Divorc. <input type="checkbox"/> | Viudo <input type="checkbox"/> | CUIL <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nacionalidad | | Estado Civil | | | | | | |
| ¿Posee alguna discapacidad? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | ¿Trabaja? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Registra enfermedad crónica o está en tratamiento? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Si tiene cobertura social indicar cual | | <input type="text"/> | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2 | Esposa <input type="checkbox"/> | Concubino/a <input type="checkbox"/> | Hijo/a <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Presenta certificado de estudios | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="text"/> | | | | | | | |
| Apellido y nombres | | | | | | | | |
| F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | DNI <input type="text"/> | LE <input type="text"/> | LC <input type="text"/> | Otro <input type="text"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Nro <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sexo | | Documento Tipo | | | | Fecha de nacimiento | | |
| <input type="text"/> | | Soltero <input type="checkbox"/> | Casado <input type="checkbox"/> | Divorc. <input type="checkbox"/> | Viudo <input type="checkbox"/> | CUIL <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nacionalidad | | Estado Civil | | | | | | |
| ¿Posee alguna discapacidad? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | ¿Trabaja? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Registra enfermedad crónica o está en tratamiento? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Si tiene cobertura social indicar cual | | <input type="text"/> | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 3 | Esposa <input type="checkbox"/> | Concubino/a <input type="checkbox"/> | Hijo/a <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Presenta certificado de estudios | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6 | <input type="text"/> | | | | | | | |
| Apellido y nombres | | | | | | | | |
| F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | DNI <input type="text"/> | LE <input type="text"/> | LC <input type="text"/> | Otro <input type="text"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Nro <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sexo | | Documento Tipo | | | | Fecha de nacimiento | | |
| <input type="text"/> | | Soltero <input type="checkbox"/> | Casado <input type="checkbox"/> | Divorc. <input type="checkbox"/> | Viudo <input type="checkbox"/> | CUIL <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nacionalidad | | Estado Civil | | | | | | |
| ¿Posee alguna discapacidad? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | ¿Trabaja? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Registra enfermedad crónica o está en tratamiento? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? <input type="text"/> | Si tiene cobertura social indicar cual | | <input type="text"/> | |

Domicilio de familiares que no conviven con el titular 1/4 2/5 3/6

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Calle | | Número | | Piso | Dpto. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Código Postal | Localidad | Provincia | e-mail | Teléfono | |

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos y que he recibido la cartilla del plan por cual opté.

Lugar y fecha

Firma del titular

Intervino por OSPe