

DECLARACION JURADA

AFILIACION DE AFILIADOS VOLUNTARIOS, INDIRECTOS Y OTROS DATOS DEL AFILIADO DIRECTO

AFILIADO DIRECTO AL SERVICIO DE OBRA SOCIAL N°:

APELLIDOS Y NOMBRES:

NACIONALIDAD:

DNI:

TEL.:

FECHA NACIMIENTO

/ /

EDAD:

ESTADO CIVIL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

C.P.:

NUEVO DOMICILIO:

DATOS LABORALES

PRESTA SERVICIO EN:

CARGO O FUNCION:

PERSONAL DE:

DOMICILIO LABORAL:

TEL.:

DEPENDIENTE DE:

INDICAR: MINISTERIO-MUNICIPALIDAD-SUBSECRETARIA

DATOS DEL FAMILIAR A CARGO A INCORPORAR

APELLIDOS Y NOMBRES:

PARENTESCO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

DNI:

CUIT/CUIL:

FECHA NACIMIENTO

/ /

DOMICILIO:

* DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD (DECLARACION JURADA) SON REALES

FIRMA:

ACLARACION:

DNI:

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA Y PERTENECE AL SR/A:

DNI:

AFILIADO DIRECTO N°:

RESISTENCIA,

SELLO

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

- 1) El afiliado está obligado a comunicar a la Obra Social cualquier cambio que se produjera en la situación del afiliado en calidad de voluntario o indirecto. Al transgredir lo expresado, podrá llegar a perder los beneficios de la Obra Social.
- 2) Deberá efectuar aportes extraordinarios: 5% en todo los haberes que perciban según los casos de cada familiar voluntario y declaro que únicamente presto servicios en lo expuesto al reverso de la misma.
- 3) Las fotocopias podrán ser certificadas por la policía, juzgado de paz, jefe de personal donde presta servicios el afiliado directo, delegaciones del interior del In.S.S.Se.P. o Departamento de Afiliaciones, en cuyo caso deberá presentarse los originales de las documentaciones.
- 4) Las Declaraciones Juradas, Informaciones Sumarias, Certificación Negativa e Historias Clínicas deben ser originales y actualizadas.
- 5) No podrán solicitar desafiliaciones hasta transcurrido dos años de aceptación de las afiliaciones voluntarias, que establece la Resolución N° 1.010/95.
- 6) Para retirar la Credencial deberá presentarse fotocopias de recibos de sueldos de los cuatro (4) meses siguientes de solicitada la afiliación voluntaria del familiar a fin de acreditar el pago de aportes.
- 7) DECLARO haber tomado conocimiento de lo expresado en los seis (6) puntos y firmo de conformidad.

Resistencia

--	--	--

FIRMA:

DNI:

**ALTA
EN FECHA**

DESCUENTOS REALIZADOS POR EL / LA

Resistencia

--	--	--

S0901 - NO APORTA

QUEDA POR

POR ECOM FIRMA DEL RESPONSABLE

**BAJA
EN FECHA**

BAJA REALIZADOS POR EL / LA

BAJA

- APORTA

QUEDA POR

Resistencia

--	--	--

POR ECOM FIRMA DEL RESPONSABLE

*** OBSERVACIÓN: FALLECIDO EL AFILIADO DIRECTO, EL FAMILIAR DEBERÁ REINTEGRAR LAS CREDENCIALES DE OBRA SOCIAL QUE SE ENCUENTRE EN SU PODER**

INSSSEP

DIV. AFIL. VOLUNTARIOS Y DE CONVENIO

VOLUNTARIOS

DISPOSICIÓN:

FECHA DE ACEPTACIÓN:

FECHA DE DISPOSICIÓN:

INSSSEP

DIV. AFIL. VOLUNTARIOS Y DE CONVENIO

INDIRECTO

DISPOSICIÓN:

FECHA DE ACEPTACIÓN:

FECHA DE DISPOSICIÓN: