

Instructivo de Alta de Cónyuge / Concubina/o Posee otra Obra Social (Relación de dependencia o Monotributista)

En caso que el titular ya esté dado de alta en la Obra Social y desee incorporar a su cónyuge o concubina/o deberá completar:

- **Formulario ABM** (adjunto) donde consten estos datos:
 - Datos completos del titular y cónyuge o concubina/o
 - Red prestacional y plan médico
 - Firma y aclaración del titular
 - Firma y sello de la empresa

- **Certificado que acredite el vínculo** (Acta de matrimonio o certificado de convivencia)

- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)

- **Constancia de Unificación de Aportes** realizada ante la Superintendencia de Servicios de Salud. [Más información](#)

Se adjunta el formulario correspondiente:
ABM OSIM



OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

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.

Lugar y Fecha	N° de Afiliado
---------------	----------------

DATOS AFILIADO TITULAR

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

<input type="checkbox"/> 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"/>	C.B.U:		
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 / CONVIVIENTE 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 Aporte 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 | E • Despido | H • Transferencia | M • Fallecimiento de Familiar |
| C • Mayoría de Edad | F • Fallecimiento del Titular | J • Fin de Contrato | U • Problemas Económicos |
| D • Jubilación | G • Cambio de Obra Social | L • Licencia S/Goce de Haberes (Aclarar Motivo) | V • Divorcio |

Firma Afiliado Titular

Aclaración

Firma y Sello de la Empresa

Asesor Comercial (uso interno)

Nombre y Apellido:	DNI:
Tel:	Email: