



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: