

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - AFILIADO TITULAR

### DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido: ..... Nombres: ..... Tipo y Nro. de Doc.: .....

Domicilio Particular: Calle: ..... Nro. .... piso: ..... dpto.: .....

C.Postal: ..... Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono Particular: ..... Teléfono Celular: ..... Teléfono Laboral: ..... int.: .....

Correo Electrónico: .....

Correo Electrónico Alternativo: .....

### DATOS PARA LA ACREDITACION DE REINTEGROS

#### DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

Razón Social o Nombre y Apellido del Titular de cuenta: .....

Alias <sup>(\*)</sup>: ..... (Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas)

Banco: ..... Sucursal: ..... Nro. de Cuenta: .....

C.U.I.T. Nro. .... C.U.I.L. Nro. .... C.D.I. Nro. ....

(Completar la opción CUIT, CUIL CDI que corresponda al titular de la cuenta)

(Esta información consta en el resumen de cuenta o puede consultarla en el Banco)

CBU (Clave Bancaria Única) \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

#### **Beneficiario:**

- 1- Autorizo a OSIM –Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica y Demás Actividades Empresarias- a que el pago del/los reintegro/s a realizar por dicha obra social a mi favor a fin de cancelar las prestaciones médico asistenciales que aquí se detallan, otorgadas a mi persona y/o cualquier integrante de mi grupo familiar, sea efectuado en la cuenta bancaria informada en este formulario.
- 2- En el caso de no obtenerse la conformidad expresa del prestador, presto conformidad a que todo reintegro que deba realizar dicha obra social a favor del prestador indicado en este formulario en concepto de cancelación de la totalidad de las prestaciones médico asistenciales otorgadas a mi persona que aquí se detallan, sea efectuado directamente en mi cuenta bancaria informada en este formulario.
- 3- Presto mi conformidad respecto de la modificación del lugar de pago oportunamente establecido como consecuencia de la implementación del nuevo servicio de pago mencionado.
- 4 – Presto expresamente mi conformidad a que toda transferencia de fondos que efectúe OSIM a favor de la cuenta bancaria informada dentro de los términos y plazos contractuales, será válida, tendrá efectos cancelatorios y dará por extinguida íntegramente la obligación de OSIM por todo concepto hasta el monto de tal transferencia, y que los gastos ocasionados por dicha transferencia serán a cargo del/a beneficiario/a.
- 5- Declaro que el comprobante de la acreditación de los mismos en la cuenta bancaria informada servirá como suficiente recibo para documentar el pago de los mismos por parte de OSIM y para demostrar la autenticidad y validez de los mismos. Renuncio en consecuencia a requerir otro medio probatorio adicional a las constancias mencionadas.
- 6- Me comprometo a comunicar por escrito a OSIM, dentro de las 96 horas hábiles de haber tomado conocimiento, el eventual cierre de las cuentas bancarias denunciadas o cualquier modificación respecto de las mismas, liberando a OSIM de toda responsabilidad por la demora en la realización del pago del reintegro y, en su caso, a comunicar por escrito a OSIM la apertura de una nueva cuenta bancaria para continuar utilizando este servicio mediante el envío de un nuevo formulario
- 7- Cualquier reclamo sobre la cancelación de los reintegros deberá ser efectuado dentro del plazo de 90 días desde la fecha de presentación del reintegro, acompañando los resúmenes de cuenta correspondientes.
- 8- La baja de la adhesión al presente servicio así como cualquier modificación en la forma de pago de los reintegros deberá ser solicitada por el beneficiario/a por escrito a través de este mismo formulario con un mínimo de 15 días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia del cambio o en el momento de presentar la documentación original respaldatoria del reintegro, siendo de exclusiva responsabilidad del beneficiario comunicar tal situación.
- 9- **Teniendo en cuenta que he elegido libre y voluntariamente al Prestador, desde ya eximo a OSIM, por cualquier daño que a mi salud y/o familiar, el mismo pudiera provocar a consecuencia de un eventual acto de mala praxis.**

Fecha

Firma del Afiliado Titular

Aclaración de Firma del Afiliado Titular

(\*) : El Banco Central de la República Argentina ha determinado el uso obligatorio de un "alias" - código alfanumérico -, de entre 6 y 20 caracteres, con la función de referenciar la cuenta bancaria mediante la utilización de un código simple, que se encontrará vinculado de forma unívoca con una CBU/Cuenta. El mismo debe gestionarse ante vuestra Entidad Bancaria, siendo obligatoria su utilización a partir del 01 de Junio 2017, conforme Comunicación "A" 6044 y 6109 del BCRA.