

Instructivo de Alta Inicio relación laboral

Titular

- **Formulario ABM (adjunto)** donde consten estos datos:
 - Datos completos del titular y grupo familiar (cónyuge e hijos)
 - Red Prestacional y Plan médico
 - Firma y aclaración del titular
 - Firma y sello de la empresa
- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)
- **Constancia MI Simplificación:** Consignar el código de Obra Social (RNOS) **401209 OSIM**

Cónyuge / concubina/o:

Si el cónyuge / concubina/o posee otra Obra Social y está en relación de dependencia o es monotributista:

- **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](#)

Hijos:

- **Certificado de nacimiento**
- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)
- **Certificado de estudio de alumno regular** para hijos mayores de 21 hasta 25 años. Podrá acceder a la cobertura siempre y cuando se encuentre cursando estudios regulares oficialmente reconocidos y que no tenga actividad profesional, laboral o no se encuentre emancipado,

Se adjunta el formulario ABM OSIM

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.

DATOS AFILIADO TITULAR

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

 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: