



Afiliación

- Alta
- Modificación

A001

Datos particulares (por favor completar con letra imprenta mayúscula)

Legajo: Apellidos:

Nombres:

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad	Estado Civil	Sexo	Fecha de Nacimiento		
<input type="checkbox"/> L.C <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> D.N.I <input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Día	Mes	Año
N° <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calle: Número: Piso: Depto.:

Barrio:

Código Postal: Provincia y Localidad: Teléfono y compañía:

E-Mail:

Tipo de beneficiario

Carácter

<input type="checkbox"/> Docente Titular	<input type="checkbox"/> Docente Ayudante	<input type="checkbox"/> Docente Colegio	<input type="checkbox"/> Ex funcionario
<input type="checkbox"/> Docente Adjunto	<input type="checkbox"/> Nodocente	<input type="checkbox"/> Nodocente Colegio	<input type="checkbox"/> Docente
<input type="checkbox"/> Docente Asociado	<input type="checkbox"/> Autoridad - UNLaR	<input type="checkbox"/> OSUNLaR	<input type="checkbox"/> Reciprocidad
<input type="checkbox"/> Docente J.T.P.	<input type="checkbox"/> FUNLaR	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Graduado

Dependencia/s

<input type="checkbox"/> Sede Aimogasta	<input type="checkbox"/> Sede Catuna	<input type="checkbox"/> CECYT	<input type="checkbox"/> Camping
<input type="checkbox"/> Sede Chemical	<input type="checkbox"/> SedeChepes	<input type="checkbox"/> OSUNLaR Administracion	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Sede Villa Union	<input type="checkbox"/> Delegacion Ulapes	<input type="checkbox"/> Delegacion Olta	<input type="checkbox"/> FUNLaR
<input type="checkbox"/> Delegacion Tama	<input type="checkbox"/> Delegacion vinchina	<input type="checkbox"/> Jardín Maternal	<input type="checkbox"/> Colegio San Martin

Indique la opción relacionada con su actividad de mayor dedicación

Posee otra/s Obra Social/es. Especificar:

Obra Social	Observaciones

Otro/s organismo/s donde presta servicio/s
(Administración Pública Nacional, Provincial, Municipal, Empresas del Estado, Actividad Privada.)

Dependencia o Empresa	Cargo	Año de Alta	Observación

• Datos del grupo familiar (por favor completar con letra imprenta mayúscula)

En mi carácter de afiliado titular de OSUNLaR solicito tenga bien disponer el ingreso de los siguientes integrantes de mi grupo familiar.

Autorizo el descuento adicional del 1% sobre mis haberes por cada integrante solicitado.

Asumo la responsabilidad total por los coseguros generados o a generarse como así también los riesgos y gastos emergentes originados por afiliaciones indebidas.

Declaro conocer y aceptar la reglamentación interna vigente en la materia, disponible en www.osunlar.org

LOS DATOS CONSIGNADOS A CONTINUACIÓN, TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

Apellido y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Documento		Posee otra Obra Social
		Día	Mes	Año	Tipo	Número	

*Ingrese en la columna "Parentesco" exclusivamente las siguientes opciones:

Titular, Conyuge, Conviviente, Hijo, Nieto a Cargo, Padre / Madre a Cargo, Sobrino a cargo, Hermano a cargo.

*OSUNLaR se reserva el derecho de afiliar a los familiares que se solicitan, conforme a la reglamentación vigente.

*Cada solicitud de familiar llevará el respectivo llenado de la ficha de Declaración Jurada de Antecedentes médicos.

*Cuando el afiliado registre doble o pluriafiliación, y ante medicamentos, prácticas, planes especiales o de alto costo, se requerirá la constancia de solicitud de pedido ante la otra obra social, toda vez que las obras sociales poseen el mismo deber ante el afiliado.

*OSUNLaR se reserva el derecho de solicitar el historial prestacional, para el caso de que el afiliado/a, sea beneficiario/a de otra obra social.

• Declaración Jurada

.....

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada. OSUNLaR se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado o su rechazo sin expresión de causa. La falsedad u omisión en los datos consignados se considerará motivo de aplicación de las sanciones previstas en el Reglamentos Interno.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma afiliado titular

.....
Aclaración afiliado titular

www.osunlar.org

0380-4464101 - 0380-4384193 - osunlar@osunlar.org
 Av. Luis Vernet esq. Av. Ortiz de Ocampo. Lunes a viernes de 07:00 a 14:00 y de 17:00 a 20:00.