

Ficha de afiliación con carácter de declaración jurada
(debe ser entregada en la oficina de cuentas corrientes de la OSUNL)

Declaro bajo juramento que la información consignada en esta solicitud es veraz y no he omitido ningún dato relevante de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, declaro conocer que cualquier omisión o falsedad se encuadraría en lo art. 8 inc. a) y b), del Estatuto nuestro cuerpo normativo, que reza lo siguiente: "Son causas de expulsión (para todos los beneficiarios): a) realizar voluntariamente un daño a la Institución u observar una conducta notoriamente perjudicial a los intereses sociales; b) Cometer actos de deshonestidad en perjuicio de la O.S.U.N.L."

Declaro, además el conocimiento de las reglamentaciones vigentes.

Por la presente solicito la afiliación en carácter de Afiliado Titular en Actividad por convenio:

Datos personales

Apellido Nombres

D.N.I. N° de afiliado

C.U.I.L.

Fecha de Nacimiento Edad Sexo M F X

Estado Civil Nacionalidad

Domicilio N° Piso Dto.

Localidad Código Postal

Teléfono fijo celular

Correo electrónico

Grupo Sanguíneo factor

Escolaridad

Información de salud

Certificado de Discapacidad SI NO Fecha de vencimiento (Adjuntar copia)

Patologías preexistentes

Consumo medicamentos en forma permanente SI NO

Tipo y cantidad

Información laboral:

Personal de LT10 Personal OSUNL

situación de revista (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
fecha de ingreso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
fecha de finalización (2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dirección laboral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Permanente - contratado - interino
(2) Solo si corresponde

Otras coberturas de salud

Nombre	N° afiliado	Carácter (oblig., adherente, voluntario)

Servicios complementarios y adicionales

Nombre	SI/NO	importante	observaciones
Fondo especial de subsidios (FES)		Ver reglamentación	
UNISEM Adicional		Ver cobertura	
Servicio de sepelio		Servicio prestado por Casa Rodriguez	
Cementerio privado		Servicio Siappa-Lar de Paz	
Seguro Colectivo adicional		SANCOR seguros de acuerdo al plan elegido	

Familiares a Cargo

Nombre	DNI	Parentesco	Fecha de nacimiento	FES	Servicios adicionales (SI/NO)			Otra cobertura de salud
					Unisem adicional	Serv. de sepelio	Cementerio privado	

Firma	Aclaración de firma (debe firmarse delante del personal de la Obra Social)	DNI	fecha
-------	---	-----	-------

Para uso interno Fecha de actualización ABM del Afiliado:	Firma personal OSUNL
--	----------------------