



Nº: N° de Afiliado:

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR:

REPARTICIÓN:

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CUIL:

DOMICILIO ACTUAL: Calle N°: Dpto:

Localidad: Provincia: Tel:

ESTADO CIVIL	CARÁCTER	CÓDIGO	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Soltero <input type="checkbox"/>	_____	_____	Documentación que se acompaña: _____	
Casado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	
Viudo <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	
Sep. Legal <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA FECHA:/...../.....

Me obligo a realizar los trámites y comunicar al IOSEP del cambio de estado de los beneficiarios a mi cargo, según lo establece la ley 4021, (altas, bajas de hijos mayores estudiantes, padres, menores a cargo, etc.) Liberando al IOSEP de toda responsabilidad relacionada a la omisión de dicha tarea.

_____ Firma

GERENTE GENERAL FECHA DE INGRESO:/...../.....

Autorizado por primera vez _____
 Firma y Sello Jefe de Dpto.

Dependiente de:

Reviste como Afiliado al IOSEP bajo el N°: y registra aporte controlado en planillas del mes del año conforme lo siguiente: Pesos, % Obligatorio y Adicional de Pesos, %

Fecha :/...../.....

Dpto. AFILIACIONES

JUNTA MÉDICA	<p>A los días del mes de del año Siendo las : horas, se realiza la junta médica con la presencia de los Dres.</p> <p>.....</p> <p>por el IOSEP y el Dr. por</p> <p>a efectos de determinar la incapacidad manifestada. Examinado e interrogado el enfermo se concluye que padece de:</p> <p>Incapacidad Total - Definitiva y/o incapacidad Total - Temporaria:</p> <p>.....</p> <p>por el término de Fecha:/...../.....</p> <p><small>*este espacio solo es llenado p/incapacidad</small></p>
--------------	---

ASESORÍA LEGAL	<p>Sr. Gerente Prestacional</p> <p>Es de aplicación lo dispuesto por el Art. 5º Inc.... - Ley N° 5469 debiendo efectuar el aporte adicional del 1% Atentamente.</p> <p>Fecha:/...../.....</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma</p>
----------------	---

GER. PRESTACIONAL	<p>Sr. Gerente General</p> <p>Esta gerencia aconseja aprobar - desestimar la gestión.</p> <p>Fecha:/...../.....</p>
-------------------	---

<p>AUTORIZADO Y/O DENEGADO</p> <p>GERENCIA GENERAL</p>	<p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma</p>
--	---

NOTA: Los hijos/as a partir de los 18 años de acuerdo a la ley 4021 y Modif. Siempre que continúe como estudiantes regulares mantendrán los servicios que brindan la Obra Social previo aporte del 1% (uno por ciento) adicional por cada uno y presentación del certificado de estudio correspondiente; hasta cumplir los 25 años. Este certificado debe ser presentado hasta el 30 de abril de cada año el de inicio de clases y hasta el 15 de diciembre el de finalización de clases respectivamente; caso contrario caducaran automáticamente los beneficios.-

DEVUELTO AL DPTO. AFILIACIONES:/...../.....

A los días del mes de del año se notifica al interesado de la autorización y/o denegación a la gestión iniciada, oportunidad en que se retira formulario para presentar a la habilitación de Para que se realice el descuento adicional, el que será devuelto a este departamento por el afiliado cuando se realicen los aportes mencionados.

Firma