

PLANILLA DE AFILIACIÓN

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA a presentar:

TITULAR: Documento de identidad (DNI/LC/LE) y fotocopia de la última libranza.

GRUPO FAMILIAR: Documento de identidad (DNI/LC/LE) - para todos los integrantes del grupo.

CÓNYUGE O UNIDO DE HECHO: Fotocopia de Certificado de Matrimonio o de Convivencia. Certificación negativa de ANSES (periodo últimos seis meses)

HIJOS DEL TITULAR O DE LA PERSONA UNIDA DE HECHO:

-SOLTEROS NO EMANCIPADOS HASTA 21 AÑOS: Fotocopia de Certificado de Nacimiento.

-SOLTEROS NO EMANCIPADOS ESTUDIANTES (mayor de 21 años hasta 25 años inclusive): Fotocopia de Certificado de Nacimiento, Declaración Jurada Anual Hijos Estudiantes firmada por el Afiliado Titular, acompañada de Certificación Negativa (ANSES) y Constancia de Alumno Regular Activo o de Inscripción a la cursada del año en curso.

- INCAPACITADOS MAYORES DE 21 AÑOS: Fotocopia de Certificado de Nacimiento y Certificado de Discapacidad.

- Documentación adicional para HIJOS DE LA PERSONA UNIDA DE HECHO: Fotocopia de Tenencia Judicial otorgada al unido de hecho del beneficiario titular; constancia de que el progenitor no conviviente con el beneficiario titular no preste actualmente alimentos a sus hijos, fuesen éstos judiciales o extrajudiciales; constancia que el progenitor no conviviente con el beneficiario titular no tenga cobertura médico-asistencial.

DATOS DEL TITULAR: Nº AFILIADO FECHA:...../...../.....

◦ APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:..... CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO FIJO:..... MÓVIL:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO Obra Social:.....

DATOS FAMILIARES - CONYUGE/UNIDO DE HECHO

◦ APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:..... CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO FIJO:..... MÓVIL:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Se encuentra trabajando en relación de dependencia? SI / NO Empresa:

¿Posee otra cobertura? SI / NO Obra Social:..... Tipo O.Soc.: Obligatoria / Voluntaria

DATOS FAMILIARES - HIJOS

◦ APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:..... CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO FIJO:..... MÓVIL:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO Obra Social:..... Tipo O.Soc.: Obligatoria/voluntaria

◦ APELLIDO Y NOMBRES:
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: MÓVIL:
 CORREO ELECTRÓNICO:

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO	Obra Social:.....	Tipo O.Soc.:	Obligatoria / Voluntaria
--------------------------------	-------------------	--------------	--------------------------

◦ APELLIDO Y NOMBRES:
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: MÓVIL:
 CORREO ELECTRÓNICO:

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO	Obra Social:.....	Tipo O.Soc.:	Obligatoria / Voluntaria
--------------------------------	-------------------	--------------	--------------------------

◦ APELLIDO Y NOMBRES:
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: MÓVIL:
 CORREO ELECTRÓNICO:

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO	Obra Social:.....	Tipo O.Soc.:	Obligatoria / Voluntaria
--------------------------------	-------------------	--------------	--------------------------

◦ APELLIDO Y NOMBRES:
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: MÓVIL:
 CORREO ELECTRÓNICO:

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Tipo y Nº Documento
...../...../.....				

¿Posee otra cobertura? SI / NO	Obra Social:.....	Tipo O.Soc.:	Obligatoria/voluntaria
--------------------------------	-------------------	--------------	------------------------

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son exactos y conforme a las disposiciones para afiliaciones vigente, que declaro conocer, y solicito el ingreso de los integrantes de mi grupo familiar.

Me comprometo a informar de inmediato cualquier cambio en las condiciones del estado actual de afiliación de los integrantes de mi grupo familiar.

Si el conyuge/unido de hecho posteriormente a la fecha de afiliación a SUMA ingresa en relación de dependencia y por ende cuenta con Obra Social **PRIMARIA**, me comprometo a **INFORMAR DE INMEDIATO** dicha situación. En caso que SUMA tome conocimiento del alta de una nueva cobertura de salud, podrá **UNILATERALMENTE** modificar la cobertura de SUMA

.....
 Lugar y fecha

.....
 Firma

.....
 Fecha, Firma y Sello de recepción

.....
 Fecha, Firma y Sello de autorización