



Form.
PS.5.11

Aceptación de la O bra Social para Beneficiario/a de O rigen y su Grupo Fam iliar (D ecreto N ° 292/95)

Por la presente se deja constancia que el/lla beneficiario/a:

1- Titular del Beneficio Previsional

A pellido/s		
N ombre/s		
C U I T / C U I L	Tipo y N ° de Documento	P.Em is.

Beneficio - SIPA					
1	Ex-C	T	N ú m e r o	C	D V
2	Ex-C	T	N ú m e r o	C	D V
Beneficio - Por Renta Vitalicia					
C ó d. C U I T / C U I L					Tipo
N ombre de la CSR					

será aceptado/a como afiliado/a a esta O bra Social, conjuntamente con los siguientes miembros de su grupo familiar primario y/o familiares a cargo, por los cuales se abonará lo establecido por el D ecreto N ° 292/95.

2- M i e m b r o s del Grupo Fam iliar Primario y/o Fam iliares a Cargo

1	A pellido/s				N ombre/s	
	C U I T / C U I L	Tipo y N ° de Documento	P.E.	Fecha de N acimiento	Parentesco	Incapacitado/a (*)
2	A pellido/s				N ombre/s	
	C U I T / C U I L	Tipo y N ° de Documento	P.E.	Fecha de N acimiento	Parentesco	Incapacitado/a (*)
3	A pellido/s				N ombre/s	
	C U I T / C U I L	Tipo y N ° de Documento	P.E.	Fecha de N acimiento	Parentesco	Incapacitado/a (*)
4	A pellido/s				N ombre/s	
	C U I T / C U I L	Tipo y N ° de Documento	P.E.	Fecha de N acimiento	Parentesco	Incapacitado/a (*)

(*) Marque con una X en caso de corresponder por aplicación del artículo 9° de la Ley 23.660.

3- O bra Social

C ó d i g o R N O S	D e n o m i n a c i ó n
---------------------	-------------------------

Lugar y Fecha: _____ / _____ / _____

_____ Firma y A claración del Representante Legal de la O bra Social

_____ Sello de la O bra Social
