

Lugar y Fecha	N° de Afiliado
---------------	----------------

La presente solicitud de afiliación reviste el carácter de Declaración Jurada, siendo el afiliado exclusivo responsable por la falsedad o inexactitud de los datos consignados y en caso de que Opdea tome conocimiento de tal circunstancia procederá a la baja del afiliado y su grupo familiar debiendo el afiliado reintegrar la totalidad de los gastos ocasionados por tal motivo. Opdea se reserva el derecho de rechazar la presente solicitud

DATOS AFILIADO TITULAR

Apellido	Nombre	Tipo y N° de Documento
----------	--------	------------------------

Grisado a completar por OPDEA

Empresa Prestadora	Plan	Cuota
--------------------	------	-------

A EMPRESA

Fecha Ingreso a la Empresa / /	Razón Social	N° de Empresa	N° de CUIT
Sueldo Bruto \$	Cargo	Obra Social de Origen	Código RNOS

B OTRAS EMPRESAS CON QUE UNIFICA APORTES

Razón Social	N° de Cliente	N° de CUIT	Sueldo Bruto \$
Razón Social	N° de Cliente	N° de CUIT	Sueldo Bruto \$

C DATOS AFILIADO TITULAR Alta Vigencia:/...../..... Baja Desde: / / Motivo: Modificación Desde:...../...../.....

Apellidos		Nombres					
Código de Aportante	CUIT <input type="checkbox"/> Número CUIL <input type="checkbox"/>		Condición de Iva				
Tipo y N° de documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad		Sexo	Estado Civil	
Domicilio: Calle		Número	Piso	Dpto	Código Postal	Localidad	
Provincia	Email			Teléfonos / fax			

D DATOS / CONYUGE / CONVIVIENTE Alta Vigencia:/...../..... Baja Desde: / / Motivo: Modificación Desde:...../...../.....

Código	Parentesco	Apellidos		Nombres		
CUIT <input type="checkbox"/> Número CUIL <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Razón Social de la Empresa		N° de CUIT	
Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	
Sueldo Bruto \$	Obra Social de Origen		Código RNOS		Suma de Aportes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Lugar y Fecha	N° de Afiliado
---------------	----------------

Continuación

DATOS AFILIADO TITULAR

Apellido	Nombre	Tipo y N° de Documento
----------	--------	------------------------

E DATOS RESTO GRUPO FAMILIAR Alta Vigencia:/...../..... Baja Desde: / / Motivo: Modificación Desde:...../...../.....

Código	Parentesco	Apellidos	Nombres
CUIT <input type="checkbox"/>	Número	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Tipo y N° de Documento
			Sexo
			Estado Civil

Código	Parentesco	Apellidos	Nombres
CUIT <input type="checkbox"/>	Número	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Tipo y N° de Documento
			Sexo
			Estado Civil

Código	Parentesco	Apellidos	Nombres
CUIT <input type="checkbox"/>	Número	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Tipo y N° de Documento
			Sexo
			Estado Civil

Código	Parentesco	Apellidos	Nombres
CUIT <input type="checkbox"/>	Número	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Tipo y N° de Documento
			Sexo
			Estado Civil

F DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

Apellidos	Nombres	Tipo y N° de Documento
Apellidos	Nombres	Tipo y N° de Documento
Apellidos	Nombres	Tipo y N° de Documento

MOTIVOS DE BAJAS

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| A - Renuncia a la Empresa | D - Despido | G - Traslado | J - Fallecimiento de Familiar |
| B - Mayoría de Edad | E - Fallecimiento del Titular | H - Fin de Contrato | K - Problemas Económicos |
| C - Jubilación | F - Cambio de Obra Social | I - Licencia S/Goce de Haberes (Aclarar Motivo) | L - Divorcio |

CANCELACIÓN DE DIFERENCIA DE PLAN A CARGO DE: Empresa Afiliado

Firma Promotor	Verificó / Recibió Documentación	
Controló	Cargó	Aprobó

Firma Afiliado Titular

Aclaración

Firma y Sello de la Empresa