

DECLARACIÓN JURADA DEL BENEFICIARIO/A TITULAR (Formulario 001) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Completar con los datos que figuran en el D.N.I.

CUIL:

APELLIDO:											
NOMBRE:											
TIPO DOC**:		NÚMERO:				FECHA DE ALTA EN ASE:					
F. NACIMIENTO:		DÍA		MES		AÑO		GÉNERO:		NAC*** :	
								F		M	
								X			
								SOL		CAS	
								VDO		DIV	
DOMICILIO:						N°:		PISO:		DTO:	
TELÉFONO:						LOCALIDAD:					
PROVINCIA:						C.P:					
CORREO ELECTRÓNICO:											
CARGO QUE OCUPA:											
RED PRESTADORA/PREPAGA:						N°:					
PLURIEMPLEO: NO:				SI:				INDICAR EMPRESA:			

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LAS PERSONAS Y QUE LOS DATOS QUE DETALLO A CONTINUACIÓN SON FIDEDIGNOS

* PARENT	*** NAC	APELLIDO Y NOMBRE DEL FAMILIAR	DOC**		GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO
			TIPO	CUIL		

* PARENTESCO
01 ESPOSA
02 HIJOS
03 HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS ESTUDIANTE
04 HIJOS DISCAPACITADOS
05 CONCUBINA

06 OTROS FAMILIARES A CARGO
07 HIJOS EN GUARDA O TENENCIA
08 HIJOS DE CONCUBINA/O
09 HIJOS DE CONCUBINA/O MAYOR DE 21 AÑOS ESTUD

** TIPO DE DOCUMENTO
01 DNI
02 LC
03 LE
04 CI (EXCLUSIVO EXTRANJEROS)
05 PASAPORTE (EXCLUSIVO EXTRANJEROS)
06 CUIL

*** NACIONALIDAD
01 ARGENTINA
02 EXTRANJERO

EMPRESA EN LA QUE TRABAJA

RAZÓN SOCIAL:			
CUIT:			
DOMICILIO DE RRHH			
N°:	PISO:	DPTO:	OF:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
CÓD. AREA: ()		TELÉFONO:	
CONTACTO DE RRHH:			
CARGO DEL CONTACTO:			
CORREO ELECTRÓNICO:			
RED PRESTADORA	VALOR RETENCIÓN	PLAN	OBSERVACIONES

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Los datos de carácter personal aquí declarados integrarán la base de datos de OBRA SOCIAL ACCIÓN SOCIAL DE EMPRESARIOS con el registro N° 963 en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.326, su decreto reglamentario y la disposición 10/2008 de la DNPDP. La declaración se toma con el propósito de prestar servicios de salud. Asimismo el contenido puede ser utilizado para mejorar nuestros productos y servicios, obtener estadísticas y establecer un canal de comunicación con el cliente, y así responder sus preguntas y satisfacer sus solicitudes. Para obtener más información sobre la Política de Privacidad y como ejercer sus derechos, por favor consulte nuestra Política de Privacidad: www.ase.com.ar

EL PRESENTE SE ENCUENTRA SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA CONFORMIDAD SOBRE SU CONTENIDO

RESERVADO USO INTERNO

GERENCIA COMERCIAL

SECTOR DE ABM

N° EJECUTIVO

N° INSCRIP:

OPERADORA:

SELLO MESA DE ENTRADA

FECHA: / /