

OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA

RNOS 0-0060-4



SOLICITUD DE INGRESO BENEFICIARIOS  
DECLARACIÓN JURADA

Buenos Aires ..... / ..... / .....

TITULAR

Apellido y Nombre ..... CUIT/CUIL .....

DOMICILIO PARTICULAR

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Depto. .... C.P. ....

Localidad ..... Teléfono/s ..... Correo Electrónico ..... @ ..... D.N.I. ....

Provincia ..... Nacionalidad ..... Estado Civil ..... Fecha Nac ..... / ..... / .....

DOMICILIO LABORAL

Empleador ..... CUIT .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Depto. .... C.P. ....

Localidad ..... Provincia ..... Teléfono .....

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NAC.	DOMICILIO	LOCALIDAD	TELÉFONO
------------	-------------------	-----------	------------	-----------	-----------	----------

.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Presto conformidad para que me realicen las retenciones legales, reglamentarias, contractuales y estatutarias vigentes. A los efectos legales que corresponda DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son completos y veraces, respondiendo finalmente a la realidad, comprometiéndome a comunicar toda alteración que en el futuro se produzca en un lapso no mayor de 30 días.

Firma: .....

OBSERVACIONES: .....



La presente Declaración Jurada de Antecedentes de Salud tiene por objeto dejar plenamente establecido su estado de Salud y el de su grupo familiar en ocasión de ingresar como beneficiario.

PO	ANTECEDENTES MÉDICOS-CONCEPTOS						Tipo Parentesco		
	Colocar SI o NO en cada casillero según corresponda.								
C O N G E N	A.-	CARDIACAS	1	2	3	4	5	6	1 - Titular 2 - Conyuge / Concubino 3 - 4 - 5 Hijo 6 - Otros
	B.-	NEUROLOGICAS							
	C.-	MUSCULARES ESQUELETICAS							
	D.-	OTRAS							
A D Q U I R I D A S	A.-	CARDIOVASCULARES - CARDIACAS							
	B.-	CARDIOVASCULARES VASCULARES							
	C.-	APARATO RESPIRATORIO							
	D.-	APARATO DIGESTIVO							
	E.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
	F.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO							
	G.-	GENITOURINARIAS - RENALES							
	H.-	GENITOURINARIAS - VIAS URINARIAS							
	I.-	GENITOURINARIAS - APARATO GENITAL							
	J.-	MUSCULO ESQUELETICAS							
	K.-	SANGRE Y ORGANOS LINFATICOS							
	L.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - VISION							
	M.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - AUDICION							
	N.-	PSIQUIATRICAS							
	O.-	GLANDULAR <sup>ES</sup>							
P.-	OTRAS								
S I G N O S	A.-	DIABETES							
	B.-	HIPERTENSION							
	C.-	ALERGIA							
	D.-	HIV-SIDA							
	E.-	ALTERACION DE LIPIDOS							
	F.-	ADICCION DROGAS / MEDICAMENTOS							
	G.-	ABUSO ALCOHOL							
	H.-	TABAQUISMO							
	I.-	TUMORES							
	J.-	INTERVENCIONES QUIRURGICAS							
	K.-	EMBARAZO ACTUAL							
	L.-	GESTOSIS							
	M.-	ABORTOS ESPONTANEOS							
S E L E C C I O N A D O S	N.-	CESAREAS							
	O.-	POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD INDIQUE CUAL:							
	P.-	POSEE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA INDIQUE CUAL:							
	Q.-	OTROS:							
	OBSERVACIONES: (Incluir medicamentos que consuma y en caso de intervenciones quirúrgicas especificar fecha)								

**En caso de declarar alguna enfermedad crónica, completar en la obra social la planilla de cronicidad.**

El Inscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica y toma conocimiento que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no invalidará el contrato sin perjuicio del derecho de OSALARA a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las realizadas en la declaración jurada. OSALARA se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud.

Firma Titular	APROBADA	DENEGADA	Firma Médico Auditor