



ase  
NACIONAL

acción social de empresarios  
Obra Social N° Inscr. ANSAL 40090-9  
Lima 87 8º piso - Tel.: 4124-2800 - Fax: 4383-4872  
Buenos Aires (C1073AAA)

**FORMULARIO N°: 001**

## **Declaración Jurada del Beneficiario Titular**

C.U.I.L

APELLIDO Y NOMBRE				
TIPO DOC:	Nº:	EXP. POR:	NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL:		SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
MARQUE UNA CRUZ EN LA CASILLA QUE CORRESPONDA				
SOL <input checked="" type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> VDO <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/>		F	M	
DOMICILIO:			C.P.:	
LOCALIDAD:			PROVINCIA:	
TELEFONO:				
EMPRESA:		Nº:	CARGO QUE OCUPA:	
CENTRO MEDICO:		Nº:	FECHA DE ALTA:	
PLAN:	A.R.T.	ASEGURADO Nº:		

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE INTEGRAN MI GRUPO FAMILIAR PRIMARIO Y CONVIVIENTE LAS PERSONAS QUE DETALLO A CONTINUACION:**

\*\* CATEGORIAS

**\* TIPO DE DOCUMENTO**

\*\*\*NACIONALIDAD



Perteneció a ASE anteriormente:	SI	NO	Empresa:	
Ejerció anteriormente Opción de Cambio de Obra Social	SI	NO	De responder afirmativamente informar Fecha de Opción:	
Obra Social Anterior (Razon Soc.)	Código de O. S. anterior			Fecha de ingreso:
				Fecha de Egreso:
Gambió de Categoría Laboral:	SI	NO	Fecha de Cambio:	
Se halla en situación de Pluriempleo:	SI	NO	Indicar Empresa:	

**LUGAR:**

FECHA: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO**

**FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA**

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

RESERVADO USO INTERNO

## MESA DE ENTRADA

ALTA

FECHA:			
Nº:			

Nº INSCRIP.:  
OPERADORA: