



ase  
NACIONAL

acción social de empresarios  
Obra Social Nº Inscip. ANSSAL 40090-9  
Lima 87 8º piso - Tel.: 41 24-2800 - Fax: 4383-4872  
Buenos Aires [C1073AAA]

FORMULARIO Nº: 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 ☒ CAS ☒ VDO ☒ DIV ☒ 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:

| CAT.** | APELLIDO Y NOMBRE | NACIONALIDAD | DOCUMENTO |        | SEXO | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO |
|--------|-------------------|--------------|-----------|--------|------|--------------|---------------------|
|        |                   |              | TIPO      | NUMERO |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |
|        |                   |              |           |        |      |              |                     |

### \*\* CATEGORIAS

01 ESPOSA  
02 HIJOS  
03 HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS ESTUDIANTES  
04 HIJOS DISCAPACITADOS  
05 CONCUBINA  
06 OTROS FAMILIARES A CARGO  
07 HIJOS EN GUARDA O TENENCIA

### \* TIPO DE DOCUMENTO

01 DNI  
02 LC  
03 LE  
04 CI (EXCLUSIVO PARA EXTRANJEROS)  
05 PASAPORTE (EXCLUSIVO PARA EXTRANJEROS)

### \*\* \*NACIONALIDAD

01 ARGENTINO  
02 EXTRANJERO

|                                       |                          |                   |                                       |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Perteneció a ASE anteriormente:       | SI                       | NO                | Empresa:                              |
| Ejerció anteriormente                 | SI                       | NO                | De responder afirmativamente informar |
| Opción de Cambio de Obra Social       | SI                       | NO                | Fecha de Opción:                      |
| Obra Social Anterior (Razon Soc.)     | Código de O. S. anterior | Fecha de ingreso: | Fecha de Egreso:                      |
| Cambió 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: