



**INSSSEP**  
 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 SEGUROS Y PRESTAMOS  
 Avda. 8 de Julio 347 - TEL 442646

## SOLICITUD DE AFILIACION AL SERVICIO DE OBRA SOCIAL DEL TITULAR Y GRUPO FAMILIAR

### DATOS PERSONALES DEL AFILIADO DIRECTO

Apellidos: .....  
 Nombres: .....  
 DNI / L.C. / LE C.I. N°: ..... Fecha Nac.: ..... / ..... / ..... Nacionalidad: .....  
 Estado Civil: ..... Acta de Matrimonio N°: ..... Tel.: .....  
 Lugar y Fecha de casamiento: ..... / ..... / .....  
 Domicilio Actual: ..... Localidad: ..... CP: .....  
 Jubilado / Pensionado / Retirado N°: .....  
 Presta servicios en: .....  
 Dependiente en: ..... Reviste como: .....  
 Depeso el: ..... / ..... / ..... Decreto Resolución Alta N°: .....

### DATOS DEL CONYUGE LEGITIMO

Apellidos y Nombres: .....  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: .....  
 DNI / L.C. / LE C.I. N°: .....

### DATOS DE LOS HIJOS

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	DNI N°
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SIGUIENTE SOLICITUD TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA

LUGAR Y FECHA: ..... / ..... / .....  
FIRMA DEL AFILIADO DIRECTO

CERTIFICO: QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA Y PERTENECE AL SR/A  
 ..... DNI / L.E / L.C. / C.I. N° .....

LUGAR Y FECHA: ..... / ..... / .....  
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

### CERTIFICACION DE LA REPARTICION EMPLEADORA

CERTIFICO: QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES

LUGAR Y FECHA: ..... / ..... / .....  
FIRMA DEL RESPONSABLE