OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Formulario de activación de OOSS — Versión 02112026

***EXCLUSIVO PARA COMPLETAR POR CASA CENTRAL**

SINDICATO*	A.M.T.I.M.A.*	OBRA SOCIAL*

SECCIONAL: PLAN:

ALTA ☐ BAJA ☐ OBRA SOCIAL ☐ SINDICATO ☐ AMTIMA ☐

DATOS PERSONALES

C.U.I.L. Nº:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

CALLE: Nº: PISO: DPTO: CP:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TEL.PART: CELULAR:

MAIL: NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: ESTADO CIVIL:

DATOS LABORALES

C.U.I.T. EMPRESA Nº:

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO REAL DE EXPLOTACION: Nº:

PISO: DPTO: CP: TEL.:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

FECHA INGRESO LABORAL: CATEGORIA:

PUESTO: REMUNERACION:

GRUPO FAMILIAR (*)

APELLIDO/S	NOMBRE/S	F.NACIMIENTO	NUMERO DE CUIL	PAR.*

*PAR: (1) CONYUGE - (2) HIJO - (3) HIJO DE CONY. (4) NIETO - (5) MENOR B. GUARDA - (6) CONCUBINO/A - (7) HIJO/A DEL/LA CONCU. - (8) FAMILIAR A CARGO

(*) SIN ALGUNO DE ESTOS DATOS, NO SE INGRESARAN FAMILIARES AL PADRON

(*) PARA MONOTRIBUTISTA O SERV.DOMESTICO, EN CASO DE DAR DE BAJA GRUPO FAMILIAR O PARTE DEL MISMO, DEBERA INFORMARLO A ESTA OBRA SOCIAL, DE LO CONTRARIO SE CONSIDERARA QUE INCURRE EN DEUDA POR LOS PERIODOS QUE SE MANTENGAN VIGENTES EN NUESTRO PADRON.

VERIFICACION DE DOCUMENTACION PARA OPCION DE CAMBIO

COMPROBANTE PDF DE LA SSS	Nº		SI	NO
CONSTANCIA DE RATIFICACION DE OPCION DE SSS				
FOTOCOPIA DE DNI TITULAR				
RG: RECIBO DE HABERES O ALTA TEMPRANA DE AFIP				
MONOTRIBUTO: FORMULARIO 184 AFIP Y COMPROBANTES DE ULTIMOS 3 PAGOS				
SERV.DOMESTICO: ALTA TEMPRANA Y COMPROBANTE DE PAGO				
COPIA DEL LIBRO DE OPCIONES DONDE CONSTE QUE LA OPCION FUE ASENTADA				

GRUPO FAMILIAR

Adjuntar en todos los casos que ingrese Grupo Familiar (Presentar CODEM de Anses cuando sea solicitado)

Conyuge o Concubino: Constancia de Matrimonio o Concubinato, frente y dorso de DNI y Const. CUIL
Hijos Solteros < 21 Años: Partida de Nacimiento, frente y dorso de DNI y Const. CUIL
Hijo mayor de 21 Años: Partida de Nacimiento, frente y dorso de DNI, Const. CUIL y Certif. Estudios
Hijos del Conyuge < 21 años: Partida de Nac., frente y dorso de DNI y Const. CUIL y DDJJ ante juzgado
Ascendientes de Titulares en Relacion de Dependencia: DDJJ o Informacion Sumaria que declare que vive bajo el mismo techo del Titular, que no sean propietarios y no posean Jubilacion o Pension. DNI. Recibo de sueldo con retencion del 1,5%. CUIL

Descendientes de Titular en Relacion de Dependencia **(siempre que ninguno de los padres biologicos sean titulares en Obra Social):** Certificacion judicial de familiara a cargo y que conviva con el Titular. Recibo de Sueldo con retencion del 1,5%. Partida de Nacimiento. CUIL

ORDEN DE PRESENTACION

La documentacion correspondiente al alta de Opcion o inclusión de GF debe llegar por mail en formato PDF con imagenes legibles

Mediante la suscripción de la presente solicitud, presto conformidad y reconozco expresamente que la OSPIM brinda la cobertura médico asistencial prevista en el Programa Médico Obligatorio (PMO - Res. 201/2002 MS y concordantes) exclusivamente a través de los prestadores incluidos en la Cartilla y/o bajo la modalidad que en cada caso determine la Auditoría Médica de OSPIM. Reconozco que la cobertura al régimen del monotributo resulta progresiva en los términos del Dec. 1/2010. Reconozco que queda expresamente excluido de la cobertura que OSPIM brinda a sus beneficiarios a) cualquier servicio recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la afiliación; b) cualquier tratamiento en cualquier institución o profesional fuera de cartilla cuando exista en ésta una institución o profesional de características equivalentes; c) gastos de hospedaje o de acompañante dentro o fuera de la internación; d) drogas o medicamentos no aprobadas por el Ministerio de Salud, ANMAT y/o la autoridad de aplicación que los reemplace, venta libre, homeopáticos ya sea para uso ambulatorio o en internación; e) cualquier tratamiento de patologías crónicas que excedan el tope previsto en el PMO y/o en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad en caso de corresponder, f) Cualquier prestación médico asistencial que no se encuentre prevista en el Programa Médico Obligatorio; g) cualquier prestación que revista el carácter experimental y h) cualquier tratamiento que se indique mientras el beneficiario se encuentre en mora o en falta del pago de aportes al régimen. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD**. En los términos de la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, el beneficiario presta su consentimiento libre, expreso e informado para que OSPIM, en su carácter de responsable del tratamiento, recopile y trate sus datos personales y de salud (incluidos los de carácter prestacional, clínico y médico) con la finalidad de gestionar y autorizar prácticas, prestaciones y medicamentos, realizar auditoría médica y administrar la cobertura prevista en el PMO. Estos datos podrán ser comunicados, en la medida necesaria para dichos fines, a los prestadores de cartilla, profesionales intervinientes y organismos del sistema de salud, todos sujetos al deber de confidencialidad y secreto profesional. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión ante OSPIM, conforme la citada ley y la normativa de la Agencia de Acceso a la Información Pública.

FIRMA DEL BENEFICIARIO