

ANEXO V

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE FAMILIARES A CARGO

Afiliación pretendida:..... Fecha:/...../.....

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y deberá presentarse con toda la documentación requerida y consignar la totalidad de los datos; sin cuyos requisitos no se dará trámite a la solicitud. El/La que suscribe, afiliado/a directo/a a SEROS, solicita al Señor director la incorporación del familiar cuyos datos y demás antecedentes detallados a continuación.

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido:.....

Nombre:

Cuil:.....

DNI:

Cel:

Mail:

Domicilio:

Localidad:

Rep.Empl:.....

DATOS DEL FAMILIAR A INCORPORAR

Apellido:.....

Nombre:

Parentesco:.....

DNI:

Fecha de nacimiento:

Domicilio real:

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

TIPO	ANTECEDENTES MÉDICOS-CONCEPTOS	
ENFERMEDADES Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS	CARDÍACAS	
	NEUROLÓGICAS	
	MUSCULARES	
	OTRAS	
ENFERMEDADES ADQUIRIDAS	CARDIOVASCULARES/CARDÍACAS	
	CARDIOVASCULARES/VASCULARES	
	APARATO RESPIRATORIO	
	APARATO DIGESTIVOS	
	NEUROLÓGICAS-SIST. NERVIOSO CENTRAL	
	NEUROLÓGICAS-SIST. NERVIOSO PERIFÉRICO	
	GENITOURINARIAS - RENALES	
	GENITOURINALES - APARATO GENITAL	
	MUSCULO - ESQUELÉTICAS	
	SANGRE Y ORGANOS LINFÁTICOS	
	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS - VISIÓN	
	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – AUDICIÓN	
	PSIQUIÁTRICAS	
	GLANDULARES	
	OTRAS	
TIPO	ANTECEDENTES MÉDICOS-CONCEPTOS	
ENFERMEDADES SÍNTOMAS, SIGNOS SELECCIONADOS	DIABETES	
	HIPERTENSIÓN	
	ALERGIA	
	HIV-SIDA	
	ALTERACIÓN DE LÍPIDOS	
	ADICCIÓN DROGAS/ MEDICAMENTOS	
	ABUSO DE ALCOHOL	
	TABAQUISMO	
	TUMORES	
	INTERNACIONES QUIRÚRGICAS	
	EMBARAZO ACTUAL	
	GESTOSIS	
	ABORTOS ESPONTANEOS	
	CESÁREAS	
	OTRAS	
	UTILIZACIÓN DE APARATOS DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL	

Alguna otra patología:

Medicamentos de uso habitual:.....

.....
Firma del afiliado directo

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y corresponde a:.....

.....
Firma agente ISSyS



ANEXO II

DECLARACIÓN JURADA

CARENCIA DE COBERTURA MÉDICA

Declaro/amos bajo juramento
que.....y.....progenitores
de bajo la guarda/tutela de quien suscribe no se
encuentran afiliados por su actividad a ninguna obra social del sistema de seguridad social nacional, provincial
o municipal, se trate de obra social o medicina prepaga.

NOMBRE Y APELLIDO:.....
DOMICILIO:.....
TELEFONO/CELULAR:.....
MAIL:.....
LUGAR Y FECHA:.....

.....
Firma del afiliado titular

.....
DNI

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y corresponde a :.....

.....
Firma agente ISSyS

Fecha:/...../.....

ANEXO III

DECLARACIÓN DE DOMICILIO REAL DEL TITULAR
Y DEL MENOR DE EDAD BAJO GUARDA

Dando cumplimiento a lo expresamente establecido en la reglamentación para la incorporación de afiliados indirectos obligatorios comprendidos en el artículo 9, inciso.... de la Ley 1404 y sus modificatorias, declaro bajo juramento de ley que nuestro DOMICILIO REAL Y LEGAL es el que indico más abajo, comprometiéndome a informar dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores de producida cualquier modificación en el mismo.

DOMICILIO REAL:.....
LOCALIDAD:.....
TELÉFONO/CELULAR:.....
MAIL:.....
LUGAR Y FECHA:.....

.....
Firma del afiliado titular

.....
DNI

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y corresponde a :.....

.....
Firma agente ISSyS

Fecha:/...../.....

ANEXO IV

DECLARACIÓN JURADA DE ACTIVIDAD DE LOS PROGENITORES

DECLARO BAJO JURAMENTO que hasta el día de la fecha los progenitores del menor , no tienen actividad rentable ni ingreso alguno que permita solventar su atención (adjuntar certificado de pobreza de los progenitores del menor expendido por autoridad pública competente).

.....
Firma del afiliado titular

.....
DNI

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y corresponde a :

.....
Firma agente ISSyS

Fecha:/...../.....