



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2026 -

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD

ACLARACIONES PRELIMINARES:

- 1) La totalidad de documentación presentada tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. Cualquier omisión y/o falsedad en la información consignada, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término para el caso de producirse modificaciones en los datos indicados, será pasible de las sanciones y denuncias pertinentes de acuerdo con el régimen jurídico vigente y disposiciones reglamentarias de OSPAC.
- 2) Debe ser completado en su totalidad, con letra clara, en tinta azul o negra. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:			
Afiliado N°:		Plan:	
Fecha de nacimiento:	/ /	Edad:	
		Género:	
Estado civil:		Domicilio:	
Localidad:		Profesión / ocupación:	
Teléfono:		Domicilio Electrónico:	

Afiliación a otra obra social:	
N° de Afiliado:	(copia de credencial de afiliación)

GRUPO FAMILIAR O REFERENTES

Nombre:		D.N.I.:	
Parentesco:		Teléfono:	
Nombre:		D.N.I.:	
Parentesco:		Teléfono:	
Nombre:		D.N.I.:	
Parentesco:		Teléfono:	



EN CASO DE TENER CURADOR O APOYO

En los casos previstos por los arts. 32, 43, concordantes y respectivos del Código Civil y Comercial de la Nación, se deberá **acompañar** copia certificada de la Resolución Judicial y de la inscripción en el Registro Civil.

Nombre: D.N.I.:
Parentesco: Teléfono:

Fecha: / /

FIRMA DEL AFILIADO (o representante
legal, curador o apoyo)

ACLARACIÓN

