OSUNLaR OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA

Baja

A003

• Datos particulares del afiliado titular (por favor completar con letra imprenta mayúscula)

Legajo: | | | | | | | | | |

Apellidos:

Nombres:

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad
☐ L.C ☐ L.E. ☐ C.I. ☐ D.N.I ☐ Pasaporte
N° | | | | | | | | | | |

Estado Civil
☐ Casado ☐ Divorciado
☐ Soltero ☐ Conviviente
☐ Viudo

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Otro

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Calle: Número: Piso: Depto.:

Barrio:

Código Postal: Provincia y Localidad: Teléfono y compañía:

E-Mail:

• Se solicita la baja del siguiente afiliado o adicional a partir de la fecha: / /

Doc. Identidad
☐ L.C ☐ L.E. ☐ C.I. ☐ D.N.I ☐ Pasaporte
N° | | | | | | | | | | |

Apellidos:

Nombres:

Acompaña:

1- Libre deuda SI NO
2- Plan de pago SI NO
3- Entrega de credenciales SI NO
4- La documentación que a continuación se detalla: .....
.....

En caso de corresponder: Consentimiento expreso del cónyuge/ del otro progenitor*

.....
Firma y aclaración

*Ello conforme, la naturaleza de los adicionales, de ser beneficiarios respaldados por el art. 4º inc. b, 1º apartado de la Ley nº 24.741.

Asumo el compromiso de abonar todos los co seguros pendientes de facturación.

....
Firma del afiliado titular Aclaración del afiliado titular