



REQUISITOS AFILIATORIOS

- **ALTA TEMPRANA DE LA A.F.I.P.**

RECIBO DE SUELDO:

- Enviar fotocopia NO FAX.

TITULAR:

- Mayor de 65 años, presentar Certificado Negativo de ANSES (original)

TITULAR Y GRUPO FAMILIAR:

- D.N.I. (fotocopia)

CÓNYUGE:

- Certificado de Matrimonio o Libreta (fotocopia)
- Certificado Negativo de ANSES (original)

CONCUBINA/O:

- Información Sumaria (original)
- Certificado Negativo de ANSES (original)

HIJOS:

- Partida de nacimiento (fotocopia)
- A partir de los 18 años, presentar Certificado Negativo de ANSES (original)
- De 21 a 25 años, enviar Certificado de Estudios (original) 2 (dos) veces al año, al inicio y al cierre del ciclo lectivo, y sábana de aportes

PADRES A CARGO

- Deberán ser mayores de 60 (sesenta) años
- Presentar Información Sumaria (original) que indique que los mismos están a exclusivo cargo del afiliado
- Certificado Negativo de ANSES (original) donde conste que no recibe beneficio alguno

HIJOS DISCAPACITADOS

-Enviar Certificado de Discapacidad por Ministerio de Salud y Acción Social (original)
-Certificado de Nacimiento (fotocopia)

HIJOS DE CONCUBINO/A DE AFILIADO DIRECTO

- Presentar Información Sumaria (original) que justifique que están a exclusivo cargo sin beneficio alguno
- Partida de Nacimiento y D.N.I. (fotocopia)

CERTIFICADO NEGATIVO DE ANSES

Me informa si está jubilado o pensionado, si cobra fondo de desempleo, si está en trámite de jubilación-pensión o si está en actividad



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

<input type="radio"/> SINDICAL	<input type="radio"/> OBRA SOCIAL	<input type="radio"/> OPTANTE	<input type="radio"/> MONOTRIBUTISTA
ACTIVIDAD <input type="radio"/> T <input type="radio"/> I	N° DE AFILIADO ASIGNADO		

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

APELLIDO		NOMBRES			
CALLE		NÚMERO	PISO / DTO	C. POSTAL	TELÉFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA			E-MAIL	
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD			
D.N.I.	ESTADO CIVIL			C.U.I.L.	

DECLARACION JURADA DE FAMILIARES A CARGO

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	C.U.I.L.	FECHA DE NACIMIENTO

DATOS LABORALES DEL AFILIADO

RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
NOMBRE DE FANTASÍA O MARCA QUE COMERCIALIZA

DOMICILIO LEGAL DE LA EMPRESA

CALLE	NÚMERO	PISO / DTO	C. POSTAL	TELÉFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA			

DOMICILIO DONDE PRESTA SERVICIOS

CALLE	NÚMERO	PISO / DTO	C. POSTAL	TELÉFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA			
C.U.I.T.	FECHA DE INGRESO ESTABLECIMIENTO			



DECLARACIÓN JURADA DE FAMILIARES A CARGO

CÓNYUGE

NOMBRE		
D.N.I	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD

HIJOS/AS:

Hijos menores de 21 años y hasta 25 inclusive que cursen estudios en establecimientos reconocidos oficialmente.

DISCAPACITADOS:

Con certificado de discapacidad avalado por el Ministerio de Salud y Acción Social.

NOMBRES	D.N.I.	FECHA DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES:

--