



Instituto de Seguros de Jujuy

isj@gov.ar - afiliaciones @isj.gov.ar
Alvear 745 - Call Center 0810 - 777 - 72583
(4600) San Salvador de Jujuy

SOLICITUD DE INCORPORACION DE FAMILIAR INDIRECTO A CARGO DECLARACION JURADA

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombres:..... Afiliado N°:..... -/.....
Tipo y N° de Documento:..... Estado Civil:.....
CUIL:..... -
Domicilio Real:
Calle:..... N°..... Piso:..... Dpto:..... Barrio:.....
Localidad:..... Provincia:..... C.P.:.....
Teléfono:..... Teléfono para Mensajes:.....
Correo Electrónico:..... Página Web:.....
Repartición donde presta servicio:..... Legajo:.....
Situación de Revista:
1.- ☐ P. Permanente. 2.- ☐ Contratado 3.- ☐ Reemplaz/Suplente 4.- ☐ Interno
5.- ☐ Jornalizado 6.- ☐ Jubilado 7.- ☐ Pensionado 8.- ☐ Adh. Volunt.
9.- ☐ Conv. Asimilado 10.- ☐ Conv. Especial 11.- ☐ Provisional

Antigüedad:.....
Otros Ingresos:..... Sueldo Total:.....

FAMILIAR INDIRECTO QUE SOLICITA INCORPORAR

Apellido y Nombres:..... Afiliado N°:..... -/.....
Tipo y N° de Documento:..... Estado Civil:.....
CUIL:..... -
Domicilio Real:
Calle:..... N°..... Piso:..... Dpto:..... Barrio:.....
Localidad:..... Provincia:..... C.P.:.....
Teléfono:..... Teléfono para Mensajes:.....
Correo Electrónico:..... Página Web:.....
Nacionalidad: ☐ Argentina/o ☐ Extranjero Nacionalizado ☐ Otro
Fecha de Nacimiento:..... Parentesco:.....
Actividad, Oficio o Profesión:.....
Disposición Legal por la cual está a su cargo:.....
Estudios cursados ☐ Nivel Primario ☐ Nivel Secundario ☐ Nivel Terc. / Univers.
Descripción de Trabajos realizados:..... Haber Mensual: \$.....
Posee Cobertura de Salud o Seguro Social?:

SI	NO
----	----

Tiene posibilidad de afiliación a otra Obra Social?:

SI	NO
----	----

Cobra algún Beneficio Social Nacional/Provincial?:

SI	NO
----	----

 ¿Cuál?.....
Posee bienes propios?:

SI	NO
----	----

Percibe Plan Social / Pensión / Otro Beneficio Social?:

SI	NO
----	----

Observaciones (tachar lo que no corresponda)

Declaro bajo fe de juramento que los datos e información que consigno son veraces, sometiendo a su verificación y haciéndome responsable de toda inexactitud que pudiera dar lugar a transgresiones a la reglamentación específica el Instituto de Seguros de Jujuy que declaro conocer. De lo contrario tomo conocimiento que ante la falsedad de datos volcados quedan anuladas las presentes actuaciones.

.....
Firma Familiar Indirecto a Incorporar

.....
Firma y Aclaración Titular