

Datos del afiliado titular

1. Nombre: _____

2. Beneficio: _____ Documento/Tipo: _____ N°: _____

Datos del familiar no conviviente

1. Nombre _____ Parentesco: _____ GP: _____

Documento/Tipo: _____ N°: _____ CUIL: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ País de Nacimiento: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____ CP: _____

Localidad: _____ Dpto.: _____ Provincia: _____

UGL: _____ Agencia: _____

Teléfono: Fijo: Prefijo: _____ N° _____ Movil: Prefijo: _____ N _____

Correo electrónico: _____

AUTORIZACION

Por la presente autorizo la afiliación al INSSJP de como _____
familiar a mi cargo.

Lugar y fecha

Firma del Afiliado

Firma Agente INSSJP