



CHASSFOSE AFILIACIONES

DIA	MES	AÑO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO (COMPLETO)	PADRON

TELEFONO DE OSE	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO

DOMICILIO	TELEFONO	LOCALIDAD

ALTA	VIGENCIA	BAJA	VIGENCIA

OTROS DATOS

FAMILIARES

1.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FAMILIAR (COMPLETO)	PARENTESCO

Nº DE CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO	TELEFONO	LOCALIDAD

ALTA	VIGENCIA	BAJA	VIGENCIA

OTROS DATOS

2.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FAMILIAR (COMPLETO)	PARENTESCO

Nº DE CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO	TELEFONO	LOCALIDAD

ALTA	VIGENCIA	BAJA	VIGENCIA

OTROS DATOS

EN CASO DE ALTA SE AUTORIZA AL SEGURO DE SALUD A LA RETENCION DE HABERES CORRESPONDIENTE. LA BAJA DESAUTORIZA DICHA RETENCION.

FIRMA

ACLARACIONES:

- El funcionario siempre debe estar afiliado a una mutualista, motivo por el cual, en caso de solicitar baja a una institución, deberá solicitar el alta a otra con la que CHASSFOSE tenga convenio.
- FAMILIARES: sólo pueden afiliarse a la misma institución que el funcionario. En caso de mutualista, si requiere examen médico previo, adjuntar la autorización de ingreso.
- MUTUALISTAS QUE SOLICITAN EXAMEN MEDICO A LOS FAMILIARES: COMECA, CAAMEC, COMEF, ASISTENCIAL DE MALDONADO (AMECOM), CAAMS, CAMDEL, COMI, COMEPA, CASMER, CAMEDUR, COMERI, COMTA, QUIRURGICA DE SALTO, ASOC. MEDICA DE SAN JOSE, CAAMEPA, MUCAM, CASMU (para fams. mayores de 45 años).

* ESTE FORMULARIO NO SIRVE PARA REGISTRAR A FUNCIONARIOS QUE INGRESAN AL ORGANISMO