

NOTA PARA SUMA DE APORTES

Buenos Aires, ____ de _____ de 20____

Señores OSDE
Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 9
C1001AAF - Buenos Aires

Me dirijo a ustedes para solicitar la suma de mis aportes y contribuciones de obra social que provienen de la relación de dependencia que mantengo con:

Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____
Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____
Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____

y los aportes y contribuciones de obra social de mi cónyuge _____ que corresponden a su relación de dependencia con:

Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____
Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____
Razón social _____ CUIT _____ Sueldo bruto \$ _____

Considerando esta sumatoria de aportes y contribuciones, el grupo familiar se incorporará al plan 2- _____ a partir del ____/____/____. En caso de existir alguna diferencia a abonar para mantener la permanencia en el plan mencionado, el responsable de pago será:

La empresa: _____ reconociendo hasta un plan 2- _____
El titular: _____

_____ Firma y aclaración del titular	_____ Firma y aclaración del cónyuge	_____ Firma y aclaración del empleador
Nº de asociado _____	Nº de asociado _____	
Nº de DNI/CUIL _____	Nº de DNI/CUIL _____	Nº de CUIT _____
Promotor: _____		

De hacerse lugar a este pedido de unificación de aportes, el mismo se dejará sin efecto sin necesidad de previa comunicación a los integrantes, en forma conjunta o individual, en los siguientes casos: A) DESVINCULACIÓN LABORAL: 1) Cuando sea el titular de la sumatoria de aportes quien se desvincule de su empleador, se dará la baja de todo el grupo familiar y el alta simultánea en uno nuevo donde el titular será el cónyuge que mantiene la relación de dependencia, conservando el plan y demás condiciones de afiliación. 2) Cuando el que pierde la condición de beneficiario obligatorio es el cónyuge, que no es titular de grupo, quedará como único titular quien conserva la relación de beneficiario obligatorio, siendo este responsable de pago de todo el grupo familiar. B) SEPARACIÓN O DIVORCIO DE LOS TITULARES: 1) Si el titular del grupo solicita la disolución de la sumatoria, se hará lugar a la misma, dando de baja al otro titular y su alta simultánea en el plan médico que cubra el PMO, hasta tanto este informe en qué condiciones quiere seguir afiliado. 2) En el caso de que la disolución fuese requerida por quien no resulta ser titular del grupo, se procederá con el pedido, quedando ambos afiliados en grupos individuales, y en el caso de que esté integrado por hijos, estos formarán parte del grupo familiar de quien resultaba titular del plan médico producto de la unificación de aportes, hasta tanto se acredite en forma fehaciente que integran otro grupo familiar.

En caso de que el empleador abone, al menos, una parte de la diferencia, deberán constar las tres firmas solicitadas en la presente

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en L.N.Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.