

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL CON DERIVACIÓN DE APORTES

Fecha de solicitud:	Número de afiliado:	Delegación de referencia:
Plan de cobertura:	Cobertura actual:	Desde: hasta:
Obra social a través de la cual deriva aportes:	Sueldo acreditado:	Unifica aportes con cónyuge o conviviente:

Datos Personales:

Apellido y nombre completo:		
Fecha de expedición de título:	Fecha de matriculación:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo y número de documento:	CUIL/CUIT:	Edad: Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Desde:
Domicilio Particular: Localidad: Código Postal:	Teléfono:	
Domicilio Postal (*): Localidad: Código Postal:	Teléfono:	

(*) El domicilio por usted indicado como postal se considerará como "constituido" a los efectos de las comunicaciones que emita CASA-Sistema de Salud.

Datos de la familiares a incorporar:

Código de parentesco:	Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento:	CUIL/CUIT:	Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Parentesco:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Código de parentesco:	Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento:	CUIL/CUIT:	Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Parentesco:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Código de parentesco:	Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento:	CUIL/CUIT:	Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Parentesco:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LA REGLAMENTACIÓN DEL PLAN AL CUAL ADHIERO, COMO ASÍ TAMBIÉN LAS PRESTACIONES DEL MISMO, TOMANDO CONOCIMIENTO DE LAS MAYORES PRESTACIONES Y DISTINTOS PRESTADORES OFRECIDOS POR LOS RESTANTES PLANES. ASIMISMO, ME COMPROMETO A NOTIFICAR FEHACIENTEMENTE A CASA - Sistema de Salud TODA MODIFICACIÓN EN LOS DATOS MÁS ARRIBA DECLARADOS.

Importante: La diferencia remanente entre el aporte derivado de CASA y la cuota que corresponda al plan elegido por el afiliado y al grupo familiar que se adhiere, será soportada por el adherente. Si el aporte mensual derivado no ingresa a CASA en un máximo de 3 (tres) meses de producido, se facturará directamente al afiliado.

Esta solicitud se considerará aceptada solo mediante declaración expresa de CASA.

El Colegio Público de Abogados de la Capital Federal no asume responsabilidad por las contingencias derivadas de la presente adhesión.

Adhesión al Pago Directo:

En mi carácter de titular de la cuenta indicada a continuación y dentro del marco del Sistema Nacional de Pagos, SOLICITO a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires mi adhesión al Sistema de PAGO DIRECTO normado por el BCRA. En tal sentido, AUTORIZO en forma expresa al Banco indicado en la presente solicitud a debitar de la misma, en las fechas de vencimiento mensual o en los períodos respectivos, los importes de las cuotas CASA.

Banco:	Titular de la cuenta:
--------	-----------------------

Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Caja de ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	Moneda: <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Doláres	Nº de cuenta:
---	---	---------------

CBU	<input type="text"/>	Debe consignar los 22 dígitos que componen su Clave Bancaria Uniforme
-----	----------------------	---

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR, EN SU TOTALIDAD, LAS CONDICIONES GENERALES QUE RIGEN EL SISTEMA DE PAGO DIRECTO.

Firma y aclaración del titular de la cuenta bancaria
--

Adhesión al Débito Automático Tarjeta de Crédito VISA Banco Macro:

En mi carácter de titular de la tarjeta de crédito indicada a continuación AUTORIZO a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires a realizar el débito automático mensual de los importes de las cuotas CASA. La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma hasta tanto medie cunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Titular de la tarjeta de crédito:	Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:
-----------------------------------	--

Tarjeta de crédito VISA BANCO MACRO N°:	Fecha de vencimiento:
--	-----------------------

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR, EN SU TOTALIDAD, LAS CONDICIONES GENERALES QUE RIGEN EL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO. ASIMISMO, FACULTO A LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES A PRESENTAR ESTA AUTORIZACIÓN EN VISA ARGENTINA, A EFECTOS DE CUMPLIMENTAR LA MISMA.

Firma y aclaración del titular de la tarjeta de crédito

Adhesión a la factura sin papel:

E-mail:

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR, EN SU TOTALIDAD, LAS CONDICIONES LEGALES DEL SERVICIO DE FACTURA SIN PAPEL.

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Afiliado a CASA con anterioridad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deuda CASA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
--	---	----------------------

Valor cuota CASA:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

Documentación que acompaña:

<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Historia clínica
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula
<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo	<input type="checkbox"/> Otro:

Firma y sello del empleado que intervino
--

Firma y aclaración del solicitante

CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Fecha de entrega:

Documentación afiliatoria que se entrega:

<input type="checkbox"/> Reglamento del plan	<input type="checkbox"/> Cartilla de prestadores	<input type="checkbox"/> Revista / Noticias
<input type="checkbox"/> Credencial/es provisoria/s	<input type="checkbox"/> Credencial/es definitivas	<input type="checkbox"/> Asistencia al viajero
<input type="checkbox"/> Emergencias médicas	<input type="checkbox"/> Otro:	

Firma y sello del empleado que intervino
--

Firma y aclaración del afiliado
