

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FAMILIAR AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

Fecha de solicitud:	Número de legajo:
Plan de cobertura:	Delegación de referencia

Datos personales del titular:

Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Edad:	Estado civil:

Datos de la familiares a incorporar:

Código de parentesco:	Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	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: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	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: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	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: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	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: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	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: Esta solicitud se considerará aceptada solo mediante declaración expresa de CASA. La incorporación de el/la conviviente a CASA como familiar del afiliado no implica reconocimiento alguno a los efectos del art. 51 de la ley 6.716 t.o. 1995. Asimismo, se deja constancia que el denominado "Programa Joven" no incluye la cobertura del P.M.O.E. (Res. 201/02 Ministerio de Salud y modificaciones) y/u otro similar que en un futuro se encuentre vigente.

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

P.B.P. vigente Si No

Deuda CAO: Solo si solicitada la adhesión de titular o familiar mayor de 64 años Si No

Valor cuota CASA:

Documentación que acompaña:

<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Historia clínica
<input type="checkbox"/> Informe de Auditoría Médica	Carencias por preexistencias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	Carencias reglamentarias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula
	<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

Visto la DD.JJ. de Salud de fecha __/__/__ y SI/NO ha presentado enfermedades preexistentes, se RESUELVE:

Firma y sello

Fecha