

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

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

Datos Personales:

Apellido y nombre completo:			
Tipo y número de documento: N°:	Número de matrícula:	Tomo:	Folio:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Desde:
Domicilio Constituido (*):		Teléfono:	
Localidad:	Código Postal:		
Domicilio Real:		Teléfono:	
Localidad:	Código Postal:		
Dirección de correo electrónico constituido:			

(*) El domicilio por usted indicado como "constituido" lo será a todos los efectos legales para con CASA-Sistema de Salud, siendo válidas todas las notificaciones que en el se cursen.

Datos de los 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
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

Adhesión al Pago Directo:

Si No En caso afirmativo, completar el dorso del formulario.

Adhesión al Débito Automático Tarjeta de Crédito VISA:

Si No En caso afirmativo, completar el dorso del formulario.

¿Recibió algún contacto o asesoramiento previo a su solicitud?

Si No En caso afirmativo, detalle

Importante: 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 de la presente adhesión.

Firma y aclaración del solicitante

Completar solo en caso de haber optado por la 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
N° 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

Completar solo en caso de haber optado por la adhesión al Débito Automático Tarjeta de Crédito VISA :

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:
Tarjeta de crédito VISA N°:	<input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:
Fecha de vencimiento:	Banco emisor:

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

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Documentación que acompaña:

<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula C.A.P.C.F.
<input type="checkbox"/> Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio
<input type="checkbox"/> Otro:	

Firma y sello del empleado que intervino

Firma y aclaración del solicitante

CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Documentación afiliatoria que se entrega:

Reglamento del plan y Anexo IV
 Formulario 307/1

Fecha de entrega:

Firma y aclaración del afiliado