

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FAMILIAR AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

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

Datos Personales:

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

Firma y aclaración del solicitante

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Documentación que acompaña:

- Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3
- Historia clínica
- Certificado de Matrimonio

- Certificado de Nacimiento
- Nota del afiliado
- Otro:

Firma y sello del empleado que intervino

CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Fecha de entrega:

Documentación afiliatoria que se entrega:

- Reglamento del plan y Anexo IV
- Formulario 307/1

Firma y aclaración del afiliado