

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FAMILIAR AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

Fecha de solicitud:	Plan de cobertura:	Delegación:
---------------------	--------------------	-------------

Datos Personales:

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

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/UIT:	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/UIT:	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/UIT:	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/UIT:	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.

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

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

Nota del afiliado

Certificado de Nacimiento

Certificado de Matrimonio

Certificado de Matrícula

Recibo de sueldo

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