

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL CON DERIVACIÓN DE APORTES

### DECLARACIÓN JURADA

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| Fecha de solicitud:                                   | Número de legajo:  | Delegación de referencia:  |
| Plan de cobertura solicitado:                         | Cobertura actual:  | Desde: hasta:  |
| Obra social a través de la cual va a derivar aportes: | Sueldo acreditado: | Unifica aportes con cónyuge o conviviente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

**Datos Personales:**

|   |  |   |        |
|---|--|---|--------|
| Apellido y nombre completo:   |  |   |        |
| Tipo y número de documento:<br><input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°: |  | Fecha de nacimiento:  | Edad:  |
| Estado de matrícula:  |  | Estado civil:   | Desde: |
| Domicilio real:   |  | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |        |
| Teléfono de contacto:   |  | Dirección de correo electrónico de contacto:                              |        |
| Sexo:   |  | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |        |

**Datos de la familiares a incorporar:**

|   |                             |   |   |  |
|---|-----------------------------|---|---|--|
| Código de parentesco:   | Apellido y nombre completo: |   |   |  |
| Tipo y número de documento:<br><input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°: |                             | CUIL/CUIT:  | Edad:   |  |
| Fecha de nacimiento:  | Estado civil:               | Parentesco:   | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |
| Sexo:   |                             | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |   |  |
| Código de parentesco:   |                             | Apellido y nombre completo:   |   |  |
| Tipo y número de documento:<br><input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°: |                             | CUIL/CUIT:  | Edad:   |  |
| Fecha de nacimiento:  | Estado civil:               | Parentesco:   | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |
| Sexo:   |                             | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |   |  |
| Código de parentesco:   |                             | Apellido y nombre completo:   |   |  |
| Tipo y número de documento:<br><input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°: |                             | CUIL/CUIT:  | Edad:   |  |
| Fecha de nacimiento:  | Estado civil:               | Parentesco:   | Discapacitado:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |
| Sexo:   |                             | Discapacitado:<br><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.
- Adhesión a la factura sin papel:**  Si  No En caso afirmativo, y no contar con clave de acceso para servicios en línea, completar y adjuntar el Formulario 228/3.
- ¿Recibió algún contacto o asesoramiento previo a su solicitud?**  Si  No En caso afirmativo, detalle

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LA REGLAMENTACIÓN DEL PLAN AL CUAL ADHIERO, COMO ASÍ TAMBIÉN LAS PRESTACIONES DEL MISMO, TOMANDO CONOCIMIENTO A TRAVÉS DEL RESUMEN DE COBERTURA DE LA PÁGINA WEB. ASIMISMO, ME COMPROMETO A NOTIFICAR FEHACIENTEMENTE A CASA - SISTEMA ASISTENCIAL 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. La fecha de alta será la informada por la Obra social a través de la cual va a derivar aportes, según la S.S.S. La incorporación del/de 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.

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 periodos 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 comunicación 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**

**Completar solo en caso de re-afiliación**

|                                  |   |                 |   |                      |
|----------------------------------|---|-----------------|---|----------------------|
| 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"/> |
| P.B.P. vigente                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Deuda CAO:      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> |
|                                  |   | Deuda Préstamo: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> |

**Documentación que acompaña:**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3 | <input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio | <input type="checkbox"/> Nota del afiliado |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica                               | <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento | <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 y Anexo IV | <input type="checkbox"/> Credencial Emergencias médicas   |
| <input type="checkbox"/> Formulario 306/9               | <input type="checkbox"/> Credencial Asistencia al viajero |
| <input type="checkbox"/> Formulario 307/1               |   |

Firma y aclaración del afiliado