

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL CON DERIVACIÓN DE APORTES

Fecha de solicitud:	Número de afiliado:	Delegación de referencia
Plan de cobertura:	Cobertura actual: Desde: hasta:	
Obra social a través de la cual deriva aportes:	Sueldo acreditado:	Unifica aportes con cónyuge o conviviente:

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:
Estado de matrícula:		Estado civil: Desde:	Sexo:
Domicilio Constituido (*):		Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico:		Teléfono de contacto:	
Domicilio real:			

(*) 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 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:
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:
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:
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.

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 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 ARRI-BA 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.

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

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

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

Afiliado a CASA con anterioridad No Si Deuda CASA No Si Valor Cuota CASA:

Documentación que acompaña:

<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio	<input type="checkbox"/> Certificado de matrícula
<input type="checkbox"/> Historia clínica	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	<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