



## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

Fecha de solicitud:		Número de legajo:
Plan de cobertura:	Cobertura actual:	Desde: hasta:

**Datos Personales:**

Apellido y nombre completo:		
Fecha de expedición de título:	Fecha de matriculación:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI	N°:	Edad: Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Desde:
Domicilio Particular: Localidad: _____ Código Postal: _____		Teléfono: _____
Domicilio Postal (*): Localidad: _____ Código Postal: _____		Teléfono: _____

(\*) El domicilio por usted indicado como postal se considerará como "constituido" a los efectos de las comunicaciones que emita CASA-Sistema de Salud.

**Datos de la familiares a incorporar:**

Apellidos	Nombres	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo y n° de documento	Estado civil	Discapacitado

**Delegación:**

Delegación de referencia
--------------------------

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.

**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:  Caja de ahorro  Cuenta Corriente Moneda:  Pesos  Doláres Nº 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

**Adhesión al Débito Automático Tarjeta de Crédito VISA Banco Macro:**

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:  LE  LC  DNI N°:

Tarjeta de crédito VISA BANCO MACRO N°:

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

**Adhesión a la factura sin papel:**

E-mail:

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR, EN SU TOTALIDAD, LAS CONDICIONES LEGALES DEL SERVICIO DE FACTURA SIN PAPEL.

**PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS**

Afiliado a CASA con anterioridad  Si  No

Deuda CASA:  Si  No

P.B.P. vigente  Si  No

Deuda CAO: Solo si solicitada la adhesión de titular o familiar mayor de 64 años  Si  No

Valor cuota CASA:

**Documentación que acompaña:**

Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3  Historia clínica  Informe de Auditoría Médica  Cuidados por preexistencias  Si  No  Cuidados reglamentarios  Si  No  Nota del afiliado  Certificado de Nacimiento  Certificado de Matrimonio  Certificado de Matrícula  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:**

Reglamento del plan  Revista / Noticias  Credencial/es provisoria/s  Asistencia al viajero  Emergencias médicas  Cartilla de prestadores  Otro:   Credencial/es definitivas

Firma y aclaración del afiliado