

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL DECLARACIÓN JURADA

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

Datos Personales:

Apellido y nombre completo:			
Número de matrícula:	Tomo:	Folio:	Opción odontológica:
Tipo y número de documento: 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	Opción odontológica

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

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 cuenta indicada, en las fechas de vencimiento mensual o en los periodos respectivos, los importes de las cuotas CASA.

Banco:	Apellido y nombre del titular de la cuenta:	
Tipo de cuenta:	Moneda:	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 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 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deuda CASA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Matriculado en Provincia de Buenos Aires <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor cuota CASA

Documentación que acompaña:	
<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula C.A.P.C.F.
<input type="checkbox"/> Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio
<input type="checkbox"/> Otro:	
Firma y sello del empleado que intervino	Firma y aclaración del solicitante

CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Documentación afiliatoria que se entrega:	Fecha de entrega:
<input type="checkbox"/> Reglamento del plan <input type="checkbox"/> Revista / Noticias	Firma y aclaración del afiliado
<input type="checkbox"/> Credencial/es provisoria/s <input type="checkbox"/> Asistencia al viajero	
<input type="checkbox"/> Emergencias médicas <input type="checkbox"/> Cartilla de prestadores	
<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Credencial/es definitivas	