



SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN LA AFILIACIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS DECLARACIÓN JURADA

Fecha de solicitud:	Plan de cobertura solicitado:	Plan de cobertura actual:	Desde:
---------------------	-------------------------------	---------------------------	--------

Datos personales del solicitante:

Apellido y nombre completo:		Afiliado N°:
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Fecha de nacimiento:	
Estado civil:	Desde:	Discapacitado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Domicilio Postal (*):	Localidad: Código Postal:	Teléfono:
E-mail:		

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

¿Es un beneficio con reciprocidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso de tratarse de una jubilación: ¿canceló todas las matrículas? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
¿Es titular de una obra social obligatoria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál?:	

Datos personales del fallecido: (Completar solo en caso de tratarse una pensión)

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

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. 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.

Firma y aclaración del solicitante

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	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.

Firma y aclaración del solicitante

CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Fecha de entrega:	
Documentación afiliatoria que se entrega:	Devuelve credencial/es anterior/es: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Credencial/es provisoria/s	
<input type="checkbox"/> Otro:	

Firma y sello del empleado que intervino

Firma y aclaración del afiliado