

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:	Discapitado: <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	Discapitado

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: <input type="checkbox"/> Caja de ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	Moneda: <input type="checkbox"/> Pesos <input type="checkbox"/> Doláres	Nº de cuenta:
CBU	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

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 <input type="text"/>
P.B.P. vigente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deuda CAO: Solo si solicitada la adhesión de titular o familiar mayor de 64 años <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="text"/>
	Valor cuota CASA: <input type="text"/>

Documentación que acompaña:

<input type="checkbox"/> Declaración Jurada de Salud - Formulario 165/3	<input type="checkbox"/> Historia clínica	
<input type="checkbox"/> Informe de Auditoría Médica	Carencias por preexistencias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Carencias reglamentarias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Nota del afiliado	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula	
<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	<input type="checkbox"/> Cartilla de prestadores	<input type="checkbox"/> Revista / Noticias
<input type="checkbox"/> Credencial/es provisoria/s	<input type="checkbox"/> Credencial/es definitivas	<input type="checkbox"/> Asistencia al viajero
<input type="checkbox"/> Emergencias médicas	<input type="checkbox"/> Otro:	

Firma y sello del empleado que intervino

Firma y aclaración del afiliado

Visto la DD.JJ. de Salud de fecha ___/___/___ y SI/NO ha presentado enfermedades preexistentes, se RESUELVE:

Firma y sello

Fecha

DORSO