

FICHA DE AFILIACIÓN SISTEMA ABIERTO

DATOS DEL TITULAR:

N° DE LEGAJO:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... SEXO:

ESTADO CIVIL: CASADO/A SOLTERO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A CONVIVIENTE

DOMICILIO REAL:.....N°.....PISO.....DPTO.....

COD.POSTAL:LOCALIDAD:PROVINCIA.....

TELÉFONO: CARACT.:FIJO:CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... SEXO:

ESTADO CIVIL: CASADO/A SOLTERO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A CONVIVIENTE

◆Se hará lugar a la continuidad afiliatoria sin carencia a quienes lo soliciten dentro de los primeros treinta (30) días del cese laboral. Se establece un período de carencia de servicios por noventa (90) días con aportes correspondientes, para los casos de solicitudes presentadas fuera del plazo establecido precedentemente. En este supuesto, el solicitante deberá cumplimentar una Declaración Jurada de Salud a su nombre y de cada uno de los integrantes de su grupo familiar. -----

◆El afiliado titular declara bajo juramento que la información suministrada es auténtica; que acuerda con las pautas establecidas para su afiliación, permanencia y baja de la obra social IAPOS; que en igualdad de condiciones con los afiliados obligatorios y como único representante y responsable ante la misma, toma conocimiento de cualquier falsedad, omisión, inexactitud respecto de su relación con la obra social, habilitará al IAPOS a realizar acciones civiles y penales que pudieran corresponder.-----

◆El afiliado titular se compromete a notificar toda modificación que se produzca en las condiciones afiliatorias declaradas.-----

◆Los afiliados, tendrán derecho a las prestaciones médicas asistenciales y las comprendidas dentro del Servicio Complementario en igualdad de condiciones que los afiliados obligatorios, Ley 8.288 y decretos reglamentarios. Los servicios de la Obra Social serán otorgados mediante la exhibición de la credencial identificatoria acompañado de las tres últimas boletas de depósito con sello bancario a la fecha del requerimiento prestacional.--

◆El afiliado titular, único responsable ante el IAPOS, será dado de baja junto a los beneficiarios a su cargo si los hubiere, en el caso de incumplimiento de pagos acordados conforme se estipula en la presente o por el uso incorrecto de la Obra Social.-----

.....
Firma del Titular

.....
Firma y Sello de Autoridad Judicial
o Escribano Público