

AFILIACIÓN DE ADHERENTE

DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre	Tipo y N°/Doc
-------------------	---------------

DATOS DEL FAMILIAR A AFILIAR/RECATORIZAR

Apellido y nombre				
Tipo y N°/Doc	Fecha de nacimiento	Nacionalidad		
CUIL/CUIT	Calle	N°	Piso	Dpto.
Cód. postal	Provincia	Localidad		
Tel.	Cel.	E-mail		

Parentesco

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hijo del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario que no tenga derecho a pensión |
| <input type="checkbox"/> Hija del afiliado titular con hijo recién nacido | <input type="checkbox"/> Personas no comprendidas en los puntos anteriores, aprobadas por el Directorio |
| <input type="checkbox"/> Ex cónyuge del afiliado titular o cónyuge con sentencia de separación personal | |
| <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario sin haber de retiro | |

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Apellido y nombre				
Tipo y N°/Doc	Fecha de nacimiento	Nacionalidad		
CUIL/CUIT	Calle	N°	Piso	Dpto.
Cód. postal	Provincia	Localidad		
Tel.	Cel.	E-mail		

Declaro conocer/aceptar y comprender las condiciones de afiliación enunciadas en el Régimen de Afiliación IOSFA. Por la presente se le informa que el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y SEGURIDAD (IOSFA), evaluará los datos requeridos en la solicitud de ingreso y la documentación adjunta, con la finalidad de expresar su decisión al respecto. Si bien las respuestas al cuestionario son voluntarias, su omisión y/o inexactitud puede impedir, la aceptación de la solicitud por IOSFA. Los datos serán almacenados en la base de datos de IOSFA (Sito en la calle Paso 551 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y resguardados según sus políticas de protección de los datos personales conforme a la Ley N° 25.326.

Lugar y fecha: _____

Firma del titular

Firma del adherente

PARA COMPLETAR POR LA DELEGACIÓN IOSFA

Declaro haber tenido a la vista el original de la documentación probatoria cuya copia se adjunta.

He verificado que el afiliado presenta la documentación necesaria y la he tildado en el dorso de esta planilla.

Sello de la Delegación

Firma del empleado receptor

CONDICIONES DE AFILIACIÓN DE ADHERENTE (Rég. de Afiliación- Resol. N° 17/2018 - Directorio IOSFA)

- a) El afiliado adherente/persona responsable de pago deberá abonar la cuota de afiliación en forma mensual y consecutiva mediante el sistema de pago habilitado (Pago Fácil, Pago mis cuentas, Home Banking, ATM (Banelco o link), no pudiéndose pagar por descuento de haberes ni en efectivo por ventanilla.
- b) La falta de pago durante UN (1) mes de la cuota de afiliación y/o de las obligaciones que el afiliado adherente hubiere contraído con el IOSFA produce la suspensión de los beneficios de pleno derecho.
- c) El afiliado adherente puede solicitar su reafiliación a IOSFA siempre que reúna los requisitos comprendidos en el Régimen de Afiliación IOSFA (Artículo 34 Inciso a).
- d) Abonar puntualmente las cuotas de afiliación, aranceles y todo otro compromiso contraído a través de las modalidades autorizadas por IOSFA.
- e) Efectuar las solicitudes de las prestaciones que necesiten en las instalaciones destinadas a tal fin.
- f) Presentar en tiempo y forma la documentación requerida en relación con la tramitación a realizar.
- g) Dar estricto cumplimiento a las disposiciones reglamentarias en cuanto conciernen a la utilización de los servicios y obtención de beneficios.
- h) Utilizar la credencial en forma personal e intransferible para el acceso a los servicios prestados por IOSFA, exhibiéndola junto con el documento de identidad.
- i) En caso de desafiliación, proceder a la devolución de la credencial y cancelar las deudas y obligaciones que tuviere pendientes.
- j) Abonar el costo de los servicios de cobertura médico asistencial, de salud y sociales, cargos intereses resarcitorios y punitivos- en caso del uso indebido de los beneficios que preste IOSFA-, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder.
- k) Comunicar a IOSFA, dentro de los TREINTA (30) días de ocurrido el hecho, el cambio de domicilio o cualquier modificación que se produzca en su situación personal o de su grupo familiar primario.

AFILIACIÓN DE ADHERENTE - Requisitos para la afiliación -

1	AFILIADO ADHERENTE		
<input type="checkbox"/>	Historia clínica/Declaración jurada de salud	<input type="checkbox"/>	DNI
<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social	<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de ANSES
<input type="checkbox"/>	Acta de nacimiento de la persona a afiliar		
2	EX - CONYUGE DEL AFILIADO TITULAR *		
<input type="checkbox"/>	Sentencia de divorcio vincular/separación	<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social
<input type="checkbox"/>	Historia clínica/Declaración jurada de salud	<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de Anses
<input type="checkbox"/>	DNI		
3	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO DE UN TITULAR DE RETIRO SIN DERECHO AL HABER *		
<input type="checkbox"/>	Certificado de defunción del afiliado titular	<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social
<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de Anses	<input type="checkbox"/>	DNI
4	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO DE UN TITULAR SIN DERECHO AL BENEFICIO DE PENSIÓN * (Art.21, Inc. e)		
<input type="checkbox"/>	Certificado defunción del afiliado titular	<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social
<input type="checkbox"/>	DNI de la persona a afiliar	<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de Anses
5	PERSONA NO MENCIONADA EN Art. 10 Inc. e		
<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de Anses	<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social
<input type="checkbox"/>	Documentación necesaria que determine el Directorio IOSFA	<input type="checkbox"/>	DNI