



## DESAFILIACIÓN OSPAC

FOR-DES-001

### 1- DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

COD PAIS

COD AREA

NRO TELEFONO

NÚMERO CELULAR

+54

0

15

CORREO ELECTRONICO

### CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

### DECLARO SER AFILIADO OBLIGATORIO DE LA SIGUIENTE OBRA SOCIAL:

SOLICITO LA DESAFILIACIÓN A OSPAC EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 104° DE LA LEY 12.818 (MODIF. POR LEY 13.471) A PARTIR DEL DÍA 1° DEL MES SIGUIENTE AL DE LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO.

ACOMPAÑO LA SOLICITUD CON LA SIGUIENTE DOCUMENTAL:

- RECIBO DE SUELDO
- COPIA DNI (ANVERSO Y REVERSO)
- CODEM (descargar de web Anses)
- SITUACION AFILIATORIA IAPOS (si correspondiere)

Para cónyuges afiliados titulares a lapos

- ACTA MATRIMONIO O UNION CONVIVENCIAL ACTUALIZADAS
- DNI CONYUGE TITULAR A IAPOS (ANVERSO Y REVERSO)
- RECIBO DE SUELDO TITULAR A IAPOS.

DECLARO TENER CONOCIMIENTO DEL ARTÍCULO 104° DE LA LEY N° 12.818 (MODIF. POR LEY N° 13.471) Y LAS CONSECUENCIAS DE LA DESAFILIACIÓN SOLICITADA, MANIFESTANDO MI PLENA CONFORMIDAD CON EL PAGO DE LA CUOTA MENSUAL SOLIDARIA ALLÍ PREVISTA, EQUIVALENTE AL 25% LA CUOTA VIGENTE DEL PLAN A DE OSPAC O SIMILAR. COMO ASÍ TAMBIÉN, DECLARO CONOCER QUE DICHA DESAFILIACIÓN SE MANTENDRÁ MIENTRAS SUBSISTAN LAS CONDICIONES IMPUESTAS PARA SU OTORGAMIENTO (CONTAR CON OTRA OBRA SOCIAL DE CARÁCTER OBLIGATORIO).

### ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.

NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

 /  / 

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA