

DESAFILIACIÓN OSPAC

FOR-DES-001

1- DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

COD PAÍS

COD ÁREA

NRO TELÉFONO

NÚMERO CELULAR

+54

0

15

DOMICILIO ELECTRÓNICO

SOLICITO QUE SE ME CURSEN TODAS LAS NOTIFICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO, LAS CUALES TENDRÁN PLENA VALIDEZ LEGAL.

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 corresponde)

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).

ACLARACIÓN

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 INFORMACIÓN Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

 / /

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA