

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL REGIMEN ASISTENCIAL

Marque el plan de afiliación:

PLAN

A

PLAN

A Plus

PLAN

B

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR:
.....

MATRICULA N°:.....

FECHA DE NACIMIENTO...../...../..... DOC. NRO. (DNI. / LE / LC / CI).....

DOMICILIO PARTICULAR: TEL.:

Complete los datos del grupo familiar que desee afiliar a su cargo:

A) **CÓNYUGE, CONFORME A LA LEY DE MATRIMONIO CIVIL.** (Adjuntar partida de matrimonio, D.N.I., declaración jurada de enfermedades pre-existentes y estudios requeridos en caso de corresponder).

Apellido y Nombre:

Documento Número DNI / LE / LC / CI:Fecha de nacimiento:/...../.....

B) **HIJOS o NIETOS** (Adjuntar partidas de nacimiento, D.N.I., declaración jurada de enfermedades pre-existentes y estudios requeridos en caso de corresponder).

Apellido y Nombre:	Plan:	Fecha de nacimiento	DNI / LC / LE / CI
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	
.....		/...../.....	

SIGUE AL DORSO



SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL REGIMEN ASISTENCIAL

C) **CONVIVIENTES EN APARENTE MATRIMONIO.** (El afiliado titular deberá acreditar que la convivencia data de 3 años, *mediante acta notarial de notoriedad*. Este plazo se reducirá a dos años cuando existieran hijos en común). (Adjuntar D.N.I., declaración jurada de enfermedades pre-existentes y estudios requeridos en caso de corresponder).

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:/...../..... Documento Número DNI / LE / LC / CI:

Fecha inicial de la convivencia:/...../.....

D) **EX CÓNYUGE** (Adjuntar D.N.I., declaración jurada de enfermedades pre-existentes y estudios requeridos en caso de corresponder).

Apellido y Nombre:

Documento Número DNI / LE / LC / CI: Fecha de nacimiento:/...../.....

Plan:

Dejo constancia que tomo conocimiento del Reglamento Asistencial de la Caja Notarial.

OBSERVACIONES:
.....
.....

Buenos Aires,/...../.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL ESCRIBANO / TITULAR