

PLANILLA DE AFILIACIÓN DE ADHERENTE Y CONTRATO DE ADHESIÓN

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"/> Nieto soltero del afiliado titular |
| <input type="checkbox"/> Hijo del cónyuge o conviviente | <input type="checkbox"/> Hermano soltero del afiliado titular |
| <input type="checkbox"/> Hijo del afiliado titular y su cónyuge o conviviente y sus hijos menores de 21 años | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge del afiliado titular |
| <input type="checkbox"/> Hijo del cónyuge o conviviente y sus hijos menores de 21 años | <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario sin haber de retiro |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge separado de hecho | <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario que no tenga derecho a pensión |
| <input type="checkbox"/> Padres del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Personas no comprendidas en los puntos anteriores, aprobadas por el Directorio |
| <input type="checkbox"/> Persona soltera mayor de 18 años en guarda | |

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		

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

PLANILLA DE AFILIACIÓN DE ADHERENTE

- Requisitos para la afiliación -

1 AFILIADO ADHERENTE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de inscripción | <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 | <input type="checkbox"/> Declaración jurada de salud |

2 HIJO DE AFILIADO TITULAR Y SU CÓNYUGE O CONVIVIENTE *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acta o certificado de matrimonio o convivencia del hijo del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Declaración jurada del estado civil de los menores de 21 años |
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de nacimiento de los menores de 21 años | <input type="checkbox"/> Declaración jurada de salud |

3 HIJO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE/ SU CÓNYUGE O CONVIVIENTE Y SUS HIJOS SOLTEROS *

- Acta o certificado de matrimonio o convivencia del hijo del cónyuge o del conviviente

4 NIETO *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de la persona a afiliar | <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del progenitor que tenga vínculo con el afiliado |
| <input type="checkbox"/> Declaración jurada del estado civil de la persona a afiliar | |

5 HERMANO *

- Acta de nacimiento del afiliado titular (original y fotocopia)

6 EX - CÓNYUGE DEL AFILIADO TITULAR *

- Sentencia de divorcio vincular/separación

7 CÓNYUGE SEPARADO DE HECHO DEL AFILIADO TITULAR *

- Declaración jurada del cónyuge de encontrarse separado de hecho

8 PADRES *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Información sumaria judicial que certifique que la persona a afiliar se encuentra a cargo del afiliado titular. |
|--|--|

9 PERSONA SOLTERA MAYOR DE 18 AÑOS QUE HAYA ESTADO A CARGO DEL AFILIADO TITULAR *

- Testimonio judicial de la guarda tutela

10 INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO DE UN TITULAR DE RETIRO SIN DERECHO DE PENSIÓN *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de defunción del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Constancia de afiliación previa de la persona a afiliar |
|--|--|

11 PERSONA NO MENCIONADA EN Art. 10 Inc. m *

- Disposición/ Documentación del Directorio IOSFA autorizado a afiliarse

* Se agrega al punto 1

CONTRATO DE ADHERENTE

Conste por el presente documento, el contrato de adhesión en que celebran de una parte el/la Sr/a _____, con domicilio en _____, identificado con DNI _____, a quien de ahora en adelante y para los efectos del presente contrato se lo denominará _____, de la otra parte válidamente representada a quien ahora en adelante y para efectos del presente contrato se denominará INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD (IOSFA) en los términos y condiciones siguientes:

PRIMERO: EL INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD (IOSFA) – creado por el Decreto N° 637 de la fecha 31 de mayo de 2013, declarado válido por el Poder Legislativo conforme al artículo 99 inciso 3° de la Constitución Nacional y su legislación reglamentaria- provee, sobre la base de los principios de equidad y solidaridad social, los servicios de cobertura médico asistencial, de salud y sociales para Adherente comprendido en el Régimen de Afiliación. (Aprobado por Resolución N° 5/2015; 8 y 13/2016) del Directorio de Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

SEGUNDO: El/la Sr/a _____, manifiesta su voluntad de celebrar el presente Contrato con el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD (IOSFA), a fin de obtener los servicios de cobertura médico, de salud y sociales que otorga la misma. Declara conocer que al suscribir el presente Contrato, una vez aprobado forma parte del padrón de afiliados IOSFA, en calidad de Adherente.

TERCERO: El presente contrato se celebra a título personal respecto del afiliado titular, de conformidad con lo establecido en el Artículo 10 afiliado adherente, del Régimen de Afiliación IOSFA.

CUARTO: El afiliado adherente (según su clasificación) podrá solicitar su afiliación y la de su grupo familiar siempre que esté comprendido en el Régimen de Afiliación IOSFA, cumpliendo con los requisitos y documentación que le sean requeridos para tal fin.

QUINTO: El afiliado adherente queda formalmente incorporado a partir del momento que se aprueba la solicitud de afiliación según corresponda.

SEXTO: El afiliado adherente puede hacer uso de los servicios de IOSFA, a partir de la fecha de la suscripción del contrato debidamente aprobado, que lo vincule al mismo y del pago de la cuota mensual pertinente.

SÉPTIMO: El afiliado adherente declara tomar conocimiento de todos los derechos (Artículo 24) y obligaciones (Artículo 25) los cuales ejercerá con arreglo a lo establecido en el Régimen de Afiliación IOSFA.

Artículo 24

- a) Acceder en forma igualitaria a los servicios de cobertura de la atención médico asistencial, de salud y servicios sociales según los alcances y modalidades previstos en las normas que rijan al efecto, mediante la red de servicios propios y/o contratados de IOSFA, dentro del territorio nacional.
- b) Consultar y peticionar ante IOSFA por el cumplimiento de los derechos enunciados en el punto precedente, sin necesidad de ser asistido por un profesional del derecho.
- c) Conocer el estado de su requerimiento y tomar vista de las actuaciones en cualquier momento
- d) Contar con información detallada y suficiente sobre las prestaciones y normativas correspondientes a IOSFA.
- e) Recibir un trato cortés por parte de las autoridades y el personal que le permita facilitar los procedimientos administrativos.
- f) Obtener asesoramiento adecuado para satisfacer sus necesidades relacionadas con los beneficios
- g) Hacer llegar al Directorio todas las sugerencias que consideren conducentes a la mejor prestación asistencial y en general, al desenvolvimiento de IOSFA.
- h) Utilizar los servicios de todos los prestadores expresamente autorizados, de acuerdo a las normativas prestacionales.
- i) Solicitar la afiliación de su grupo familiar primario y adherentes comprendidos en el presente Régimen de Afiliaciones.



IOSFA

Instituto de Obra Social de las
Fuerzas Armadas y de Seguridad

Artículo 25

- a) Abonar puntualmente las cuotas de afiliación, aranceles y todo otro compromiso contraído a través de las modalidades autorizadas por IOSFA.
- b) Efectuar las solicitudes de las prestaciones que necesiten en las instalaciones destinadas a tal fin.
- c) Presentar en tiempo y forma la documentación requerida en relación con la tramitación a realizar.
- d) Dar estricto cumplimiento a las disposiciones reglamentarias en cuanto conciernen a la utilización de los servicios y obtención de beneficios.
- e) Utilizar la credencial en forma personal e intransferible para el acceso a los servicios prestados por IOSFA, exhibiéndola junto con el documento de identidad.
- f) En caso de desafiliación, proceder a la devolución de la credencial y cancelar las deudas y obligaciones que tuviere pendientes.
- g) 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.
- h) 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.
- i) En caso de acceder a otro sistema de cobertura médico asistencial, declarar a IOSFA los datos de la entidad prestadora correspondiente y el alcance de la cobertura.
- j) Verificar en el recibo de haberes o en el medio de pago autorizado, que se efectúen los descuentos correspondientes a la cuota de afiliación y a todos los cargos derivados de los compromisos contraídos con IOSFA, debiendo concurrir a la brevedad a la Delegación más próxima para abonar los faltantes en caso de existir.
- k) Realizar reclamos y sugerencias por las vías correspondientes.
- l) Tratar con cortesía y amabilidad a las autoridades y al personal de IOSFA.
- m) Prestar toda colaboración que se le solicite y presentarse ante las autoridades IOSFA cuando le sea requerido. Los cuales ejercerá con arreglo a lo establecido en el Régimen de Afiliación IOSFA.

OCTAVO: El afiliado adherente puede solicitar su desafiliación a IOSFA presentando la correspondiente nota junto con las credenciales que le hubieran sido provistas. La renuncia a la afiliación implica la desafiliación de su grupo familiar. No tendrá validez la renuncia presentada ante otro organismo que no sea IOSFA.

NOVENO: 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, HomeBanking, ATM (Banelco o link), no pudiéndose pagar por descuento de haberes ni en efectivo por ventanilla.

DÉCIMO: 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.

DÉCIMO PRIMERO: El afiliado adherente puede solicitar su reafiliación a IOSFA siempre que reúna los requisitos comprendidos en el Régimen de Afiliación IOSFA (Artículo 34 Inciso C).

DÉCIMO SEGUNDO: Me comprometo al pago de la cuota, en mi carácter de afiliado adherente u persona responsable de pago en categoría de _____, cuyo monto es el porcentaje del haber mensual de la máxima jerarquía de las FFAA, de PESOS (\$ _____), sujeta a reajuste del haber mencionado y/o a la edad de Afiliado Adherente.

Lugar y fecha: _____

Firma del titular

Firma del afiliado adherente o
persona responsable de pago

Firma del Gerente de
Afiliaciones IOSFA