

AFILIACIÓN DE ADHERENTE

Datos del titular de origen

Apellido y nombre	<input type="checkbox"/> FAA	<input type="checkbox"/> IOSFA/OTROS
Tipo y N° Doc	<input type="checkbox"/> EA/GNA	<input type="checkbox"/> ARA/PNA

Datos del familiar a afiliar/recategorizar adherente

Apellido y nombre		Edad	Sexo
Tipo y N° Doc	CUIL/CUIT	Fecha de nacimiento	/ /
Calle	N°	Piso	Dpto.
Localidad	Provincia	C.P.	
Teléfono	Cel.		
E-mail	Estado civil		

Parentesco

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hijo del afiliado titular | <input type="checkbox"/> Hijo soltero del cónyuge o conviviente con una permanencia en el GFP como mínimo de tres (3) años |
| <input type="checkbox"/> Ex cónyuge del afiliado titular o cónyuge con sentencia de separación personal | <input type="checkbox"/> Personas no comprendidas en los puntos anteriores, aprobadas por el Directorio |
| <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario sin haber de retiro | |
| <input type="checkbox"/> Integrante del grupo familiar primario que no tenga derecho a pensión | |

Datos de la persona responsable del pago

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

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 DE 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.

Tomo conocimiento que el IOSFA puede iniciar las acciones judiciales o extrajudiciales que correspondan, para el cobro de los cargos o de cualquier otra deuda, en la que incurriere por falta de pago, que conlleve a la desafiliación Art. 33 c).

Lugar y fecha: _____

Firma del titular

Firma del adherente

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 te hubiere contraído con 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 (Art. 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 el DNI para el acceso a los servicios prestados por IOSFA.
- i) En caso de desafiliación, 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 pudiese 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 (solo para reafiliación)
<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de ANSES
<input type="checkbox"/>	Verificar la permanencia en el grupo familiar primario como mínimo de tres (3) años
<input type="checkbox"/>	DNI
2	Ex-conyuge del afiliado titular *
<input type="checkbox"/>	Sentencia de divorcio vincular/separación
<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"/>	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 de defunción del afiliado titular
<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de ANSES
<input type="checkbox"/>	DNI de la persona a afiliar
5	Persona no mencionada en el Art. 10 Inc. e
<input type="checkbox"/>	Certificación negativa de ANSES
<input type="checkbox"/>	Documentación necesaria que determine el Directorio de IOSFA
<input type="checkbox"/>	Declaración jurada de no poseer otra obra social
<input type="checkbox"/>	DNI