

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN

Res. N°168/2025

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido y Nombre :
DNI N° : Domicilio:
Localidad : Teléfono :
Mail:

DATOS DEL AFILIADO INDIRECTO OBLIGATORIO (Cónyuge/conviviente a reafiliar)

Apellido y Nombre :
DNI N° : Teléfono:
Obra Social a la que aporta (si corresponde) :
Parentesco con el Titular:
Mail:
Domicilio:..... Localidad:

DATOS MÉDICOS

Patología a tratar:
Médico tratante:
Institución donde recibe tratamiento:
Fecha de diagnóstico:/...../..... Cobertura en otra obra social: SI ☐ NO ☐
Documentación adjunta (Certificación médica y diagnóstico) : SI ☐ NO ☐

PLAZO DE CARENCIA Y CADUCIDAD

Plazo de carencia asignado :meses Fecha de inicio del plazo de carencia:/...../.....
Fecha de caducidad del plazo de carencia:/...../.....

DECLARACIÓN Y FIRMAS

El afiliado titular y el afiliado indirecto obligatorio declaran bajo juramento que los datos consignados son verídicos y que cumplen con los requisitos establecidos en la normativa vigente. Asimismo, aceptan la evaluación y auditoría de la documentación presentada a los efectos de la continuidad en el régimen. Los firmantes aceptan expresamente el plazo de vencimiento de carencia de la obra social estipulado, comprendiendo que una vez finalizado dicho período, la cobertura otorgada cesará automáticamente, salvo disposición en contrario establecida por la normativa vigente.

Firma Afiliado Titular:

Firma Afiliado Indirecto:

USO INTERNO - ISSYS

Recibido por:

Fecha de recepción:/...../.....

Observaciones:
.....
.....

Este formulario deberá presentarse junto con la documentación médica pertinente para su evaluación por la Dirección de Obra Social del ISSyS