



Caja Forense

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

FORMULARIO de AUTORIZACIÓN de DESCUENTOS del HABER JUBILATORIO y/o PENSIÓN

SANTA FE

Directorio de la Caja Forense de la 1ª Circ. de Santa Fe
y Caja de Seguridad Social de Abogados y Procuradores de Santa Fe

Quien suscribe
Afiliado N°: /, D.N.I. N°, autoriza a las autoridades de ambas Cajas a proceder al descuento de mi haber jubilatorio y/o pensión del COSEGURO ASISTENCIAL que se genere por el uso del servicio de salud, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- 1** La deuda de COSEGURO ASISTENCIAL que se me genere por el uso de los sistemas de autorización de prestaciones ON LINE, deberá retenerse a fin de ese mes, cuando no supere el 20% del haber jubilatorio y/o pensión básica.
- 2** En caso de que supere dicho porcentaje, la Caja Forense deberá informarme el saldo pendiente, que me comprometo a cancelar dentro de los 15 días subsiguientes a la fecha de emisión de la notificación.
- 3** Al adherir a este sistema de retención del COSEGURO ASISTENCIAL a través de mi haber jubilatorio y/o pensión, no se interrumpirá el acceso a los servicios de salud de mi grupo familiar afiliado a la C.F., salvo incumplimiento de las obligaciones de pago pactadas.
- 4** Las DEUDAS ASISTENCIALES que se generen por el uso del servicio de salud por fuera del sistema de autorización on line, se me informarán vía mail que a continuación denuncio:.....
- 5** Una vez que la Caja Forense haya informado mis deudas de coseguro asistencial a la Caja de Seguridad Social de Abogados y Procuradores a los efectos de su retención a través de mis haberes, me comprometo a NO ABONAR en el BANCO o en la CAJA FORENSE tales conceptos, para evitar duplicación de pagos.
- 6** En caso de gozar del SISTEMA DIFERENCIADO (Libre Cargo), el COSEGURO ASISTENCIAL se me descontará de dicho sistema y, en caso de que éste no bastara para cubrirlo, la diferencia será retenida del HABER JUBILATORIO y/o PENSION.

Saluda atentamente.

.....
Firma y Aclaración

DNI - LE - LC N°