



Caja Forense

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

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

SANTA FE

Sres. 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

D.N.I. Nº, N° de Afiliado: /, nacido/a el/...../....., 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 de la obra social, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- 1 La deuda de **coseguro asistencial** deberá retenerse hasta el tope del 20% del haber jubilatorio.
- 2 En caso de que supere dicho porcentaje, me comprometo a cancelar el saldo pendiente y/o a suscribir un convenio de pago con la Caja Forense dentro de los 15 días subsiguientes a la fecha del último recibo del haber en el que se produjo la retención parcial.
- 3 Al adherirme 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 la obra social de mi grupo familiar afiliado a la C.F., salvo incumplimiento de las obligaciones de pago pactadas.
- 4 Me comprometo a no abonar en el banco o en la propia Caja Forense las deudas de **coseguro asistencial**, dado que éstos serán informados a la Caja de Seguridad Social de Abogados y Procuradores a los efectos de su retención a través de mis haberes.
- 5 Las deudas asistenciales (que se originan por el acceso a servicios asistenciales que se generan a través de las liquidaciones de los prestadores donde se tuvo acceso a dichos servicios) **no serán descontadas del haber jubilatorio**, sino que se me informarán mensualmente por mail, que a continuación denuncio:
....., y respecto de las cuales me comprometo a abonar, utilizando los medios y formas de pago habilitados por esta institución (ver medios habilitados en: www.cajaforensesantafe.org en sección contaduría/Medios y Formas 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 cubrir, la diferencia será retenida del haber jubilatorio.

Saluda atentamente.

.....
Firma y Aclaración

DNI – LE – LC N°