

**REF: Alta Servicio Complementario.  
CONVENIO DE RECIPROCIDAD  
EXTRAÑA JURISDICCIÓN**

Fecha,.....

Señor  
Director Provincial del  
Instituto Autárquico Provincial de Obra Social  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

El que suscribe .....  
Documento N° ..... incorporado al IAPOS por CONVENIO DE  
RECIPROCIDAD, en calidad de afiliado en EXTRAÑA JURISDICCIÓN, con vigencia hasta  
el ..... se dirige a Ud. con el propósito de solicitar su incorporación al  
Servicio Complementario.

Declaro conocer que para acceder a todos los beneficios que brinda el Servicio  
Complementario, deberé efectuar al comienzo un depósito, que implica una integración  
mínima de seis meses de aporte al Servicio Complementario, correspondiente al titular y  
por cada afiliado del grupo, boleta que suministrará el Instituto Autárquico Provincial de  
Obra Social. Posteriormente a partir del siguiente mes, deberé continuar efectuando  
depósitos mensuales al valor de la cuota vigente mediante boleta que imprimiré en forma  
personal, debiendo estar vigente la carta de Presentación de mi Obra Social de Origen.

Además, tomo conocimiento que de adeudar dos meses el depósito  
correspondiente al Servicio Complementario, se producirá la BAJA automática del mismo,  
sin posibilidad de reincorporación.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma del Titular .