

**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 EXTRÀÑA 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