SEMPRE
Servicio Médico Previsional
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Solicitud de mantenimiento de afiliación del titular y su grupo familiar obligatorio

(Completar con letra imprenta y mayúscula)

FECHA: ...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE

DOMICILIO DONDE RESIDE

CUIL - -

TELÉFONO

LOCALIDAD

CORREO ELECTRONICO (campo obligatorio) @

Al momento de iniciar el trámite usted mantiene la afiliación de todo su grupo familiar obligatorio

☐ HIJOS (hasta los 25 años que cursen estudios formales)

☐ Cónyuge Conviviente Concubino/a (sin obra social)

AFILIACIÓN VOLUNTARIA

☐ Cónyuge Conviviente Concubino/a (con obra social)

☐ HIJOS (desde 21 hasta los 25 años que estén a cargo y no cursen estudios formales)

INICIO COMO ADHERENTE

FECHA: / /

CORRESPONDE ABONAR

$

NORMA DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO:

El pago de la cuota afiliatoria mensual debe realizarse por mes adelantado. El pago fuera de término devengará interés, éste estará determinado por la tasa de los préstamos personales que otorga el I.S.S.
La falta de pago inhabilita el acceso a las prestaciones a todo el grupo familiar.
Conforme a lo establecido en el Artículo N° 46 –Decreto Reglamentario 1728/91- texto dado por Decreto N° 1025/06, cuando la deuda alcance un importe mayor a cuatro (4) cuotas afiliatorias mensuales, el SEMPRE dará de baja **automática y definitivamente** la afiliación, sin necesidad de interpelación alguna. .-

(*) El valor de la cuota se actualiza cada 4 (cuatro) meses

.....

Firma y aclaración

DEPARTAMENTO AFILIACIONES - Casa Central Avda. San Martin Oeste Nº 129-Santa Rosa (La Pampa)
Te. **2954-383600** WhatsApp **2954-821978** Dirección electrónica **afiliaciones@sempre.isslp.gov.ar**