

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
doce 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