Señor Director del
I.A.P.O.S.
SU DESPACHO

Quien suscribe la presente, me dirijo a Ud. a los fines de hacerle saber que he sido debidamente informado del convenio celebrado entre el I.A.P.O.S. y la O.S.F.A.T.L.y F. y en especial sobre los siguientes puntos:

1- Las prestaciones a brindarse por O.S.F.A.T.L.yF, serán las previstas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E.) en los mismos términos, condiciones y alcances que las brinda la O.S.F.A.T.L.y F. a sus afiliados y similares a las que a la fecha brinda el I.A.P.O.S.-
2- El convenio a celebrarse será por el término de un año, renovable automaticamente por períodos iguales, si ninguna de las partes manifestare su voluntad de rescindirlo. -
3- Mi adhesión al mismo es voluntaria y no sujeta a ninguna condición. -
4- En el supuesto de manifestar mi adhesión, el I.A.P.O.S. abonara a la O.S.F.A.T.L. y F. por mi cobertura médica y la de mi grupo familiar, el total de los aportes mensuales que por todo concepto la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia retenga de mis haberes previsionales y remita al I.A.P.O.S. por mi condición de afiliado a esa Obra Social (art. inc. B de la ley 8288), para la cual otorgo mi plena conformidad.-
5- La adhesión al convenio implica automaticamente la inclusión de mi grupo familiar, incorporado actualmente al I.A.P.O.S. en cualquiera de sus categorías afiliatorias. En el supuesto que la afiliación de algún familiar no sea aceptada por la O.S.F.A.T.L.y.F. , queda aclarado que no podrá permanecer en el I.A.P.O.S. .-
6- En el supuesto de optar por recibir las prestaciones de la O.S.F.A.T.L. y F. , eximo al I.A.P.O.S. de toda responsabilidad civil por los daños y perjuicios que la práctica médica y/o asistencial contratada por la O.S.F.A.T.L.y F. ocasionen en mi salud y/o la de mi grupo familiar, asimismo eximo de toda responsabilidad al I.A.P.O.S. en el supuesto que por hechos ajenos a esta Obra Social el servicio Médico Asistencial comprometido por la OS.F.A.T.L.y.F. en el convenio sufriera restricciones y/o cortes en la atención por parte de los prestadores, renunciando expresamente a todo reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que pudiera corresponder en contra del I.A.P.O.S., por todos los conceptos, como Obra Social de origen.-
7- Que la revocación de esta opción podré ejercer una vez al año calendario con notificación al I.A.P.O.S. efectuada por medio fehaciente y operará a los noventa días (90) de su recepción, continuando recibiendo los servicios de la O.S.F.A.T.L.y F. durante dicho plazo. -
8- Renuncio expresamente al servicio complementario de I.A.P.O.S. solo para este beneficio (sector 33). -

Por las razones expuestas, manifiesto libremente mi voluntad de SI/NO (tache lo que no corresponda) incorporarme conjuntamente con mi grupo familiar, en mi carácter de afiliado del I.A.P.O.S. , al convenio suscripto entre el I.A.P.O.S. y la O.S.F.A.T.L.y F.-

Saludo a Ud. atentamente.

Firma: .....

Certifico que la firma que antecede corresponde al Sr… .....
DNI/LE/LC ..... por haber sido puesta en mi presencia, de lo que doy fe.
Lugar y fecha.....del mes de.....del año 2025.-

.....
Firma y sello de autoridad certificante
(Esc. Pub. Nac. o Secretario de Juzgado)