

IMPORTANTE: En caso de otorgarse la eximición aquí solicitada, deberá renovar anualmente la misma todos los años a través de la solapa correspondiente, en la declaración jurada anual online antes del 31 de marzo de cada año. De no renovar la eximición en tiempo y forma deberá abonar el aporte correspondiente a la cobertura médica. Declaro que he sido informado que los años de no permanencia en el sistema serán compensados con un aporte diferencial detallado en el Régimen de Admisión y Permanencia.

SOLICITUD DE EXIMICIÓN DE PAGO DEL APOORTE AL SISTEMA MÉDICO ASISTENCIAL

....., de.....de 20.....

**SR./A. PRESIDENTE DE
LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Dr./a:

De mi mayor consideración:

Yo, (completar nombre y apellido del Afiliado solicitante), en mi carácter de Afiliado N° cumpla en dirigirme a Usted, a los efectos de manifestarle mi expresa voluntad de ejercer el derecho de opción previsto en la última parte del Artículo 45 de la Ley 8119 y sus modificatorias, o el que a futuro lo reemplace, en razón de encontrarme afiliado obligatoriamente a la Obra Social por trabajar en relación de dependencia en Por lo expuesto, solicito se me exima de abonar el aporte establecido por el Artículo 34 inciso c) de la citada ley, o el que a futuro lo reemplace, destinado expresamente al Sistema Médico Asistencial que brinda la Caja, a través de la Fundación Co.Me.l.

Que a los fines de acreditar lo expuesto y dar curso a la presente, adjunto la siguiente documentación:

- a) Certificado Original expedido por mi empleador.
- b) Original último recibo de Sueldo.

Por último, expreso con carácter de Declaración Jurada lo siguiente: 1) Que acepto y me consta expresamente que la eximición del aporte, en virtud de la opción que ejerzo a través de la presente solicitud, debe ser renovada todos los años antes del 31 de marzo de cada año, a través del sistema online de la declaración jurada anual, luego de haberse informado la aprobación (de corresponder) de la presente solicitud, por lo que para el supuesto que continúe trabajando en relación de dependencia, deberé manifestar nuevamente mi voluntad de ejercer el derecho de opción en legal tiempo y forma, a los efectos de eximirme de pagar el respectivo aporte, a través de la mentada declaración jurada anual; 2) Que para el caso que no lo renueve en el tiempo y forma indicado deberé realizar nuevamente el trámite utilizando el presente formulario y adjuntando los recaudos necesarios a tales fines arriba enumerados; 3) Que he sido informado que, en caso de dejar de contar con una

obra social obligatoria por poseer un trabajo en relación de dependencia, deberé informar fehacientemente dicha circunstancia al sistema de cobertura médica asistencial y abonar el aporte correspondiente, entendiendo que me encuentro obligado a aportar al mismo desde el momento en que quede sin la cobertura de la obra social obligatoria referida y 4) Que he sido informado que, en caso de volver a contar con el sistema de cobertura médica asistencial que brinda la Caja, deberé abonar el módulo adicional que establece el Régimen de Admisión y Permanencia, o el que a futuro lo reemplace, de acuerdo a lo que establezca al respecto el Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I. y/o el Directorio de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, el que declaro conocer y consentir en todos sus términos.

Firma del Afiliado