

**F-2033 ANEXO - DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

El/la Sr/a .....  
MI N° ..... en el Expediente N° ..... DESLINDA DE  
RESPONSABILIDAD A ESTA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES por la baja en su recibo de haberes del Código 0707  
(OSER), con fundamento en las siguientes consideraciones:

1º. Declara bajo juramento que HA SIDO RECHAZADA SU AFILIACIÓN AL INSTITUTO DE LA OBRA SOCIAL DE ENTRE RÍOS (OSER), acompañando la constancia documental fehaciente de esta situación.

---

2º. El presente DESLINDE DE RESPONSABILIDAD se suscribe bajo la exclusiva pretensión del/la actor/a, manifestando que arbitrará todos los medios para acceder al Sistema de Salud con otra Obra Social o a través de una Empresa de Medicina Prepaga.

---

3º. En caso de ser consumidor/a del servicio de Medicina Prepaga, tratándose ésta de una Empresa Comercial, el actor/a desvincula a este Ente Previsional de las distintas situaciones que pueda atravesar esa Entidad con fines de lucro (cesación de pagos, quiebra, etc), debiendo hacerse cargo de una nueva afiliación a otra Institución en caso de dificultades económicas.

---

4º. Si el actor/a requiere que se le descuento por recibo de haberes un Código de una Obra Social con la que esta Caja de Jubilaciones y Pensiones no tiene convenio, deberá realizar las gestiones para la firma entre las Instituciones, realizando las presentaciones pertinentes en la Obra Social seleccionada y luego en este Ente de Previsión Provincial para la emisión de la Resolución.

Firmado en Paraná, a los ..... días del mes de ..... del año .....

.....  
Firma y aclaración