

OPCIÓN DE NIVEL DE APORTES

Quien suscribe.....
D.N.I. N°:..... Afiliado N°:.....a la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, haciendo uso del derecho que surge del artículo 46 de la Ley Provincial 13.917/08, manifiesta su Opción por el Nivel..... reconocido por el artículo 51 de la misma Ley.
Dicha opción de nivel será válida desde enero del año....., y se mantendrá mientras el afiliado no manifieste durante los meses de octubre y noviembre de cada año su decisión de cambio, dicha decisión tendrá vigencia desde el año inmediato siguiente.
Manifiesto tomar conocimiento de lo establecido en los artículos 46 y 48 de la Ley 13.917/08 y que se transcriben al pie.

Lugar y fecha

Firma del afiliado

Aclaración

Artículo 46: Los afiliados activos podrán optar por alguno de los regímenes jubilatorios anuales establecidos en la presente Ley. La opción por un nivel de aportes estará en directa relación con el beneficio jubilatorio correspondiente al nivel elegido.
Artículo 48: Las opciones que los afiliados activos realicen tendrán un carácter anual y no podrán ser modificadas durante el año calendario en el que se las hubiera formulado. Las reglamentaciones establecerán los tiempos de formulación de las opciones. Sin perjuicio de ello el afiliado podrá realizar un cambio de opción en el transcurso del año calendario si la categoría de opción implicare un aporte anual mayor y deberá realizar los aportes adicionales correspondientes a la categoría de la opción por todo el año en el que la hubiere formulado.

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE OPCIÓN DE NIVEL (para el afiliado)

El kinesiólogo.....D.N.I. N°:.....
Afiliado N°..... a la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, ha optado por el Nivel.....de aportes, el que comenzará a regir desde enero del año....., y mientras no manifieste su voluntad de cambio, el que podrá ser efectuado durante los meses de octubre y noviembre de cada año y tendrá vigencia desde el año inmediato siguiente. En caso de no hacer uso de la opción quedará automáticamente encuadrado en el Nivel I de aportes.

Lugar y Fecha

Firma del Receptor

Aclaración

Guardar el presente talón para cualquier reclamo referente a la Opción de Nivel elegida.

FORM. 002