



**SOLICITUD DE COBERTURA
POR RESIDENCIA PERMANENTE**
(EXCEPTO CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - LA PLATA)

Quien suscribe con documento de identidad (tipo y número) en mi carácter de beneficiario titular N°....., solicito cobertura del Servicio Universitario Médico Asistencial, en razón de residir en la ciudad de , provincia de de la República Argentina, para:

	APPELLIDO/S Y NOMBRE/S	D.N.I./C.I./L.E./L.C.	PARENTESCO	DOMICILIO	EXCLUSIVO OBRA SOCIAL VIGENCIA HASTA
1					
2					
3					
4					
5					
6					

DECLARO conocer y acepto que la cobertura médica se brinda EXCLUSIVAMENTE a través de la Obra Social Universitaria..... , de acuerdo a la información y documentación recibida por parte de la Obra Social. En caso de requerir una derivación fuera del ámbito territorial de la mencionada Obra Social Universitaria, deberé contactarme previamente con el Auditor Médico del S.U.M.A., quien---en caso de corresponder--- tramitará la derivación al centro de atención más conveniente para la resolución de la patología.

En caso de no cumplir con lo expresado en el párrafo anterior, libero a la Obra Social de la obligación de brindar cobertura.

Autorizo a que se informe a la Universidad Nacional de Mar del Plata para que descuente de mi recibo de sueldo los coseguros que correspondan a la atención médica de

Fecha de SOLICITUD: / /

.....
Firma y aclaración del TITULAR

<p>RECIBIÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>.....</p> <p>Firma y sello</p>	<p>AUTORIZÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>.....</p> <p>Firma y sello</p>	<p>CARGÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>.....</p> <p>Firma y sello</p>
--	---	--