



**SOLICITUD DE COBERTURA
POR TRÁNSITO
(EXCEPTO CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
- LAPLATA)**

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 viajar a la ciudad de..... , provincia de de la República Argentina, desde el/...../..... hasta el/...../..... para:

	APELLIDO/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 en CASO DE URGENCIA y 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, como consecuencia de la URGENCIA, una derivación, 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 descunte de mi recibo de sueldo los coseguros que correspondan a la atención médica de

Fecha de SOLICITUD: / /

Firma y aclaración del TITULAR		
RECIBIÓ	AUTORIZÓ	CARGÓ
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /
..... Firma y sello Firma y sello Firma y sello