



SOLICITUD DE COBERTURA  
POR TRÁNSITO  
PARA LA CIUDAD DE 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 viajar a la Ciudad de La Plata, 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 a través del Sanatorio IPENSA ubicado en la calle 59 N° 434 de ciudad de La Plata (www.ipensa.com)**, 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 descuente de mi recibo de sueldo los coseguos 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