

# ANEXO I

## PLANILLA DE SOLICITUD DE COBERTURA PRESTACIONAL SISTEMA UNICO DE REINTEGRO POR PRESTACIONES OTORGADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lugar y fecha: .....

OBRA SOCIAL AGENTE DE PROPAGANDA MEDICA.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud a efectos de solicitar cobertura prestacional para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos

.....

Para tal fin, se adjuntan los datos correspondientes y la documentación solicitada:

### 1.- Datos del beneficiario / paciente

Apellido y Nombre: .....

Edad: ..... Estado Civil: ..... Fecha de Nacimiento: .....

Domicilio Actual: ..... Ciudad: .....

CP: ..... Provincia: ..... Teléfono: .....

Documento de Identidad: Tipo: ..... N°: .....

N° de afiliado: .....

Desde cuándo pertenece a la Obra Social?: .....

Grado de parentesco con el titular: .....

### 2.- Datos del Titular

Apellido y Nombre: .....

Fecha desde la cual pertenece a la Obra Social?: .....

N° de CUIL del titular: .....

Nombre del Empleador: .....

Domicilio del Empleador: .....

N° de CUIT del Empleador: .....

Fecha de inicio de la relación laboral: .....

Cambió de Obra Social durante el último año? SI - NO

Obra Social anterior: .....

Fecha de cambio: .....

Declaro que los datos volcados en la presente planilla son exactos y revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

.....  
Firma y Aclaración del titular

*Será motivo de DÉVOLUCION DE DOCUMENTACION:*

***“la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo”***