

Anexo IX - Solicitud de Reintegro Proporcional Internación Geriátrica

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Nombre y apellido del afiliado titular: _____

DNI: _____

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____ Domicilio: _____

_____ Localidad: _____

Teléfono (particular/ celular/ de contacto): _____

Posee otra Obra Social: SI NO ¿Cuál?: _____

Persona de referencia: _____

Vínculo: _____ Teléfono: _____

Motiva la solicitud:

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____