



Ref: **Renuncia al Servicio Complementario.**

Fecha:

Sr.

Director Provincial del
Instituto Autárquico Provincial de Obra Social

S / D

El que suscribe, número de Documento, afiliado TITULAR del INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL (IAPOS), se dirige a Ud. con el propósito de presentar su **renuncia al Servicio Complementario**, solicitando suspender el descuento correspondiente.

Declaro conocer que la renuncia al Servicio Complementario significa no tener acceso a los elementos médicos y servicios que comprende la cobertura del mismo, tales como: prótesis odontológicas; implantes dentales; cobertura de sepelio; derivación a centros de alta complejidad fuera de la provincia de Santa Fe; internación geriátrica y subsidio para dependientes y semidependientes; internación domiciliaria; elementos médicos no implantables y toda otra cobertura incluida en este servicio, la que se encuentra detallada en la página web www.iapossantafe.gob.ar/servicio-complementario/.

Es de mi conocimiento que la renuncia al Servicio Complementario implicará la restricción de reingreso como beneficiario del mismo durante un período de 6 meses desde la efectiva baja.

Manifiesto haber realizado el aporte a este servicio durante los últimos 12 meses, condición exigida para solicitar la baja del servicio, entendiendo que el trámite de baja solicitado quedará sujeto a proceso de auditoría.

Sin otro particular, saludo a ud. atentamente.

.....

Firma del Titular .

NOTA: Se adjunta copia del último recibo de sueldo