

OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA AUSTRAL

Declaración Jurada UPGRADE PLAN:

Al Consejo Directivo OSUNPA

Por el presente yo, _____ dni _____ solicito Upgrade de plan provisto por Swiss Medical Group según se detalla a continuación.

Plan Solicitado.

SMG30

SMG40

SMG50

SMG60

SMG70

Datos del Titular.

Unidad de Gestión de Cabecera:		Fecha:/...../.....
Apellidos:		Estado Civil:	
Nombres:			
Tipo Doc.:	Nro Doc:	Cuit/Cuil:	
Nacionalidad:	Fecha Nac.:	Sexo:	

Datos de Domicilio Real

Pais		Provincia		Localidad			
Calle		Nro.:		Piso:		Dpto:	

Datos del grupo familiar (Sin Incluir al titular).

Apellidos	Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	Nro. Doc.	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Nacionalidad

► Valores upgrade disponibles en <https://osunpa.org.ar/planes2024/>

► Se requiere aporte solidario 3,5% según Resolución 012-2024 OSUNPA.

► Jubilada/o: El importe a abonar será el determinado por el Regimen Jubilados (Reglamento) vigente más el adicional correspondiente por el upgrade de plan detallado en la tabla de costos según su rango de edad.

► Comprendo que cada plan médico posee un plan odontológico asociado. Que el tiempo mínimo de permanencia en el plan elegido es de un (1) año, y que todos los integrantes del grupo familiar deben tener el mismo plan.

► Comprendo que el presente documento tiene carácter de declaración jurada en concordancia con lo establecido en el Estatuto OSUNPA. Artículo 7°, Artículo 10° inc. c, artículo 12°. Y que toda declaración falsa u omisión maliciosa por mi parte o los beneficiarios de mi grupo familiar será sancionada por la OSUNPA sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. (Artículo 13°; artículo 14°).

Firma y aclaración del titular:

Fecha: