



ASUNT

ACCIÓN SOCIAL

Universidad Nacional de Tucumán

Ingreso al Plan Asistencial Solidario (P.A.S.)

San Miguel de Tucumán, ____ de _____ de ____.

Al Honorable Consejo Directivo
Acción Social de la U.N.T. (ASUNT)
Presente

Datos del Solicitante:

- Nombre y Apellido: _____
- DNI: _____
- Teléfono: _____
- Número de Afiliado: _____

Me dirijo a Uds. con el fin de solicitar el ingreso al Plan Asistencial Solidario (P.A.S.) tanto para mí como para los siguientes familiares a cargo:

Nombre y Apellido	DNI	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Número de Afiliado

Sin otro particular, saludo a Uds. atentamente.

Aclaración: _____

Firma del Solicitante

PLAN ASISTENCIAL SOLIDARIO

Lugar y Fecha:

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombres: _____ N° Afiliado: _____ Edad: _____

Fecha y lugar de Nacimiento: ____/____/____ - ____ Lugar de trabajo: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Profesión: _____ Tipo y N° de Doc.: _____ : _____ Estado Civil: _____ Docente ☐ - No Docente ☐

Tel. Particular:_____ Celular:_____ Correo Electrónico:_____

¿Posee otra Obra Social?

☐ SI
☐ NC

¿CUAL / ES?:

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

	Apellido y Nombre	Vinculo	Sexo (F ó M)	LE -LC DNI N°	Fecha de Nacimiento
00					
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					

RESERVADO PARA AFILIACIONES:

PAS

☐ EMERGENCIA

En condiciones:

SI

☐ NO

☐ SEPELIO

Firma Jefe de Area

ENTREVISTA AUDITORIA MÉDICA

Marcar con X según corresponda:

[illegible]

Detallar indicando código de parentesco, las intervenciones quirúrgicas, accidentes u otras enfermedades graves. Especificar fechas y secuelas de la misma.

Cod. Afil.	Detalle

TITULARES Y/O ADHERENTES MUJERES
SI NO

 ¿Está embarazada? ☐ ☐ Fecha de la ultima menstruación: ____/____/____

 ¿Estuvo embarazada? ☐ ☐

 ¿Embarazo y parto normal? ☐ ☐

 ¿Cesárea? ☐ ☐

 ¿Tuvo abortos? ☐ ☐ Causas: _____

Observaciones: _____

Fecha: ____/____/____

 Firma Médico Auditor

DECLARACIÓN JURADA

En caso de comprobarse ocultamiento de toda lesión o enfermedad que ya existiera al momento del ingreso, el sistema se reserva la aplicación de las sanciones disciplinarias contempladas en el reglamento del PAS, conceptuado la falta como grave. El sistema ejercerá por los medios correspondientes el pago de los gastos generados, en la patología en cuestión a quien corresponda, según la responsabilidad que se compruebe.

“Se hace constar, que el Afiliado titular que solicita el ingreso al Plan Asistencial Solidario, se compromete a permanecer bajo las modalidades de dicho plan prestacional, por el término de un año, autorizando expresamente a ésta Acción Social de la UNT, a efectuar directa e indirectamente, los descuentos correspondientes al mismo, de sus haberes mensuales y de cualquier otra suma dineraria que el mencionado Afiliado tuviere a percibir de parte de ASUNT, encontrándose facultada la mencionada, a los fines de perseguir por la vía que considere idónea, el cobro de las sumas devengadas por el aludido concepto y por el periodo indicado”.

El suscriptor declara conocer bajo juramento las Normas de ASUNT y que la información suministrada precedentemente es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, inexactitud u omisión, deliberada o no, invalidará los beneficios que pudieran corresponder. Sin perjuicio de que en caso de existir las situaciones antes descriptas se procederá a la aplicación del Estatuto y Reglamento Interno de ASUNT y demás derechos que le asistan a ASUNT.

En caso de detectarse con posterioridad al ingreso, enfermedades pre-existentes, no declaradas debidamente por el usuario; ASUNT se reserva el derecho de establecer valores diferenciales de acuerdo a la patología pre-existente.

San Miguel de Tucumán, ____ de ____ de ____

 Firma del Titular