

SOLICITUD DE REINTEGRO DE CUOTA DE EMERGENCIA MÓVIL

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL AFILIADO

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

Domicilio
constituido a
estos efectos _____

Teléfono _____ Correo
electrónico _____

Conforme a la resolución del Directorio del 1º de abril de 2011 (numeral 2º del asunto 1591 del acta 2884), que declaro conocer y aceptar, por encontrarme en situación prevista por la misma, solicito el reintegro hasta el tope que la Caja establezca, de importe que abono por emergencia médica móvil de acuerdo a los siguientes datos:

Empresa de emergencia móvil _____

Opto porque el importe se reembolse a través de: Abitab ☐ RedPagos ☐

Declaro estar en conocimiento de que el derecho me asiste en la medida en que la emergencia móvil referida no me sea cubierta por otro organismo o entidad.

Me comprometo a estar al día en el pago de dicha cobertura y a exhibir los recaudos correspondientes en los plazos y forma que la Caja Notarial determine.

Adjunto fotocopia de mi cédula de identidad y comprobantes de los pagos de la emergencia médica móvil referida.

FIRMA

Firma del afiliado
