

FORMULARIO DE SOLICITUD REINTEGRO SOLIDARIO

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido		
DNI		
Correo electrónico		
Teléfono de contacto		
Alias o CBU		
Cantidad de familiares a cargo		
Ingreso de bolsillo estimado	Hasta \$888.930 \$1.312.231 - \$1.729.920	\$888.931 - \$1.312.230 Más de \$1.729.920

DETALLE DE LOS GASTOS A REINTEGRAR

Fecha	Tipo de prestación ¹	Importe total abonado

¹ Consignar: Consulta médica / Estudio diagnóstico / Laboratorio / Otro (especificar)

Documentación adjunta (obligatoria)

Comprobante del pago realizado
Constancia de afiliación a UP Classic
Último recibo de sueldo

Adjuntar toda la documentación en formato digital o papel junto con el presente formulario. Sin comprobantes no podrá procesarse el reintegro.

■ DECLARACIÓN Y SOLICITUD

Declaro bajo carácter de declaración jurada que los datos consignados son verídicos y que el gasto informado corresponde al pago de un **coseguro ilegal o discriminatorio** cobrado por la obra social **Unión Personal – Plan Classic**, en el marco de las prácticas actualmente denunciadas judicialmente.

Solicito el reintegro solidario correspondiente según los criterios de cobertura vigentes del Fondo de Ayuda Solidaria de ATE-Trabajo.

Firma del/de la solicitante: _____

Fecha: / /