

BENEFICIO IGM

*Para poder gozar de este beneficio, debe contar con una **antigüedad de 60 días** como mínimo en calidad de asociado.*

Para **solicitarlo**, usted debe presentar:

1. Copia del DNI
2. Protocolo quirúrgico debidamente certificado (debe solicitarlo a su Dr.)
3. Informe de estudios complementarios
4. Planilla solicitud del beneficio que encontrará a continuación:

Completa el socio	DATOS DEL TITULAR				APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO								FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI												
Completa el médico	DOMICILIO ACTUAL															
	CALLE										NRO.			PISO		DTO.
	COD. POSTAL				LOCALIDAD						PROVINCIA				TELEFONO	
Completa el asegurado	DATOS DEL ASEGURADO ATENDIDO				APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO								FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI												
Completa el médico	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL				NOMBRE/RAZON SOCIAL											
	MEDICO TRATANTE				DIAGNOSTICO								FECHA DE DIAGNOSTICO			
Completa el médico	CÓDIGO DE NOMENCLADOR				FECHA DE INTERNACION DESDE						FECHA DE INTERNACION HASTA					
	Lugar y fecha:															
	<i>Firma y sello del Médico Tratante</i> <i>Sello del Establecimiento Asistencial</i>															

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado Titular