pami
INSSJP

SOLICITUD DE REINTEGRO

TIPO DE TRAMITE
☐ Inmediato
☐ A término

DELEGACION

DISTRITO

1 - DATOS DEL BENEFICIARIO

BENEFICIARIO Nº	EX-CAJA	CARACTER DE LA AFILIACION TITULAR ☐ A CARGO ☐

APELLIDO Y NOMBRES:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: L.C. L.E. C.I. D.N.I. Nº:	EXPEDIDO POR:

DOMICILIO

MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL REINTEGRO DE GASTOS

Declaro asumir total responsabilidad con respecto a la veracidad o cumplimiento de los puntos siguientes: 1) No recibo servicios médicos de ninguna obra social en mi condición de jubilado por el Régimen Nacional de Previsión. 2) El domicilio denunciado es el real e informaré los cambios que pudieran ocurrir durante el trámite del reintegro que solicito. 3) La documentación presentada es legítima. 4) No existen omisiones dolosas en las declaraciones efectuadas. 5) Toda información y documentación que suministro a requerimiento del Instituto será auténtica. 6) El reintegro solicitado es el total de gastos realizado hasta la fecha por asistencia médica y medicamentos.

Declaro tener conocimiento de que el incumplimiento de alguno de los puntos mencionados puede hacerse pasible de sanciones administrativas y eventualmente constituir la comisión de un delito.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO

CERTIFICACION DE FIRMA

2 - PARA SER UTILIZADO CUANDO EL GASTO FUE REALIZADO POR UN TERCERO

APELLIDO Y NOMBRE/S

DOCUMENTO DE IDENTIDAD
L.C. L.E. C.I. D.N.I. Nº:

EXPEDIDO POR:

DOMICILIO

A efectos de que se me conceda el reintegro de los gastos que demandara la atención del beneficiario asumo total responsabilidad por la veracidad de las manifestaciones efectuadas y el cumplimiento de los requisitos exigidos.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICACION DE FIRMA

3 - PARA SER UTILIZADO POR EL I.N.S.S.J.P.

DOCUMENTACION VERIFICADA:

- ☐ DOCUMENTO DE IDENTIDAD
- ☐ CREDENCIAL DE AFILIADO TITULAR
- ☐ CREDENCIAL DE AFILIADO A CARGO
- ☐ RECIBO DE HABERES MES .....

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACION

NUMERO DE LEGAJO

OBSERVACIONES: