

**PLAN DE COBERTURA MADRE**  
Certificado de Embarazo

**Estimada Socia:** Nuestra Mutual brinda la cobertura del 100% en todas las prestaciones inherentes al embarazo, parto o puerperio, de acuerdo a lo estipulado por la Resolución 201/2002, Anexo I, ítem 1.1.1.

Para acceder a esta cobertura, prevista en el **Programa Materno Infantil - Plan de cobertura Madre** es obligatorio completar todos los datos que figuran en el Certificado de Embarazo que se adjunta a continuación.

El presente certificado debe ser completado por usted y por su médico y enviado a nuestra Administración por fax al 0342 4504800 (opción 0) ó por correo electrónico a **socios@jerarquicos.com**



**CERTIFICADO DE EMBARAZO**

....., ..... de ..... de 20 .....  
**LUGAR Y FECHA**

Certifico que ..... DNI .....

N° de Socia ..... cursa la ..... semana de gestación, siendo su FUM ..... y su FPP .....

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**

**DATOS OBLIGATORIOS DE LA SOCIA**

Domicilio actual: .....

Correo electrónico: .....