**MANIFIESTA CONFORMIDAD**

Lugar, ……. de ……… de 2020

At. Swiss Medical S.A.

(COMPLETAR CON NOMBRE Y APELLIDO……), DNI……………………….., en mi carácter de (COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA: PADRE, MADRE, TUTOR, FAMILIAR RESPONSABLE, ETC) de (COMPLETAR CON NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBIRA LA PRESTACION), afiliado a los servicios de Medicina Prepaga que brinda Swiss Medical S.A., bajo la cobertura del plan denominado …………… N°……………… me dirijo a Ud. en relación a la continuidad de cobertura de la prestación (completar con la/las prestaciones en cuestión) que recibe el/la nombrado/a.

En tal sentido, y atento a las circunstancias extraordinarias de “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” dispuesto por el DNU 297/200, manifiesto que he sido debidamente informado que dicha/s prestación/es será/n brindada/s excepcionalmente de manera virtual con el prestador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante el período de vigencia de la normativa referida y a fin de evitar la interrupción del/los tratamiento/s de rehabilitación mencionados, con una frecuencia de (completar cantidad) sesiones por (completar según corresponda; semana, mes, día)

Firma:

Aclaración: