DECLARACIÓN JURADA

(FORMULARIO 1)

Lugar: ……, …./…./…….

Declaro bajo juramento que el beneficiario ……, N°……, actualmente SI/NO se encuentra afiliado a otro agente de Seguro de Salud.

Asimismo, asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio de esta situación dentro de las 72hs. de producida la misma.

Solo completar en caso de tener otra aseguradora de salud:

Declaro que SI/NO solicito prestaciones en concepto de discapacidad a mi Obra Social ……

Deberá adjuntar:

Copia de credencial de afiliación de su otra obra social

Copia de autorización de su otra obra social.

☐ Autorizo a SOSUNS a solicitar a mi otro agente de salud la cobertura compartida de los servicios médicos autorizados.

Datos de contacto del afiliado titular o apoderado:

- Correo electrónico: ……
- Número de teléfono: ……

_____

Firma de afiliado titular

_____

Aclaración

_____D.N.I.