

**DECLARACIÓN JURADA**  
**PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD**

(FORMULARIO 1)

Lugar: ....., .../.../.....

Declaro bajo juramento que el beneficiario .....,  
Nº....., 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

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.

\_\_\_\_\_  
Firma de afiliado titular\_\_\_\_\_  
Aclaración\_\_\_\_\_  
D.N.I.