

**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.

**Datos de contacto del afiliado titular o familiar a cargo:**

- Correo electrónico: .....
- Número de teléfono: .....

-----  
Firma de afiliado titular-----  
Aclaración-----  
D.N.I.