

## SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD - CPCEER

### DECLARACIÓN JURADA DE COBERTURA SOCIAL

#### PARA AFILIADOS AL PLAN 50

Nº de afiliado:	Nombre y Apellido Titular:
Delegación:	
Obra Social/Prepaga que posee:	

#### CARGA DE FAMILIA CON AFILIACIÓN AL PLAN 50

Parentesco	Nombre y Apellido	Obra Social/Prepaga

**DOCUMENTACIÓN:** se requiere adjuntar al menos un comprobante de los que seguidamente se indican (marcar con una x la documentación que se adjunta)

- 1- Constancia afiliación OOSS/PREPAGA, emitida por la OOSS/PREPAGA o por el empleador
- 2- Copia Credencial de OOSS
- 3- Copia del recibo de pago OOSS/PREPAGA

Declaro bajo juramento estar en absoluto conocimiento de la cobertura complementaria a la obra social primaria que brinda el Plan 50 y que los datos consignados son reales, comprometiéndome a informar al Sistema de Atención de la Salud cualquier modificación en la cobertura social arriba descripta.

.....  
Firma y aclaración Afiliado Titular

Lugar y fecha: