

# Declaración Jurada de Cobertura Social Primaria

Reg-003 Rev:00 Última revisión 9 nov 2022



<b>Número de Afiliado:</b>	
<b>Nombre y Apellido del titular:</b>	<b>Fecha:</b> /     /
<b>Delegación:</b>	
<b>Obra Social / Prepaga que posee:</b>	

## Cargas de Familia

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)

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

**Declaro bajo juramento estar en absoluto conocimiento de la cobertura que brinda el Plan Básico/Plan 50 (elegir el que corresponda) y que los datos consignados son reales, comprometiéndome a informar al Sistema de Atención de la Salud cualquier modificación en la cobertura social arriba descrita.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración Afiliado Titular

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha