

Declaración Jurada de Cobertura Social Primaria
Reg-003 Rev:00



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

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