

DECLARACIÓN JURADA DE COBERTURA DE SALUD

Por la presente _____

D.N.I N° _____ realmente domiciliado en _____

_____ de la localidad de _____

DECLARO bajo juramento de ley, que SI POSEO COBERTURA DE SALUD, prestada por

_____ (Obra social a la que está afiliado) por lo cual no me encuentro

comprendido en las disposiciones del artículo 61 de la Ley 3621.

Declaro conocer y aceptar los términos del Reglamento de Prestaciones Asistenciales

aprobado por Asamblea Extraordinaria y me comprometo a denunciar ante la CAPROME

cualquier modificación en mi situación de cobertura.

Adjunto a la presente constancia de pago de la cobertura de salud que denuncio.

Lugar _____

Fecha ____ / ____ / ____

Celular _____

Correo _____

Firma y aclaración