

## SOLICITUD COBERTURA DE SALUD CONVENIO CAPROME

Por la presente \_\_\_\_\_

D.N.I N° \_\_\_\_\_ realmente domiciliado en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_

DECLARO bajo juramento que NO POSEO COBERTURA DE SALUD por lo cual me encuentro comprendido en las disposiciones del artículo 61 de la XIX N° 36 (ex Ley 3621). Declaro conocer y aceptar los términos del Reglamento de Prestaciones Asistenciales aprobado por Asamblea Extraordinaria y me comprometo a realizar el trámite de afiliación ante la prestadora de cobertura de salud elegida y a efectuar el pago mensual de la misma. También me comprometo denunciar ante la CAPROME cualquier modificación en mi situación de cobertura.

Opto por la cobertura de: (marcar con X)

IPS

OSDE

MEDIFE

SANCOR SALUD

IAMIP

OTRO

**IMPORTANTE: LA COBERTURA DE SALUD QUEDA HABILITADA UNA VEZ CONCLUIDOS LOS TRAMITES DE AFILIACIÓN**

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración