

DECLARACIÓN JURADA DE COBERTURA DE SALUD PARA LA SOLICITUD DE JUBILACIÓN Y/O PENSIÓN.

PARTE 1: En caso de tener una cobertura de salud

Por la presente _____

D.N.I N° _____ realmente domiciliado/a 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.

Firma y aclaración _____

Lugar y fecha:

N° de teléfono:

PARTE 2: En caso de NO tener cobertura de salud

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 y a efectuar el pago mensual de la misma. También me comprometo a denunciar ante la CAPROME cualquier modificación en mi situación de cobertura.

Firma y aclaración _____

Lugar y fecha:

N° de teléfono:

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