

Anexo 2

Declaración Jurada de Afiliaciones

Lugar,/...../.....

Declaro bajo juramento que el beneficiario que recibe el tratamiento.....
N° de DNI.....actualmente no se encuentra afiliado a otro Agente del Seguro de
Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en
la situación afiliatoria del beneficiario dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de
cumplimiento de esta obligación importará el derecho de Unión Personal de disponer la
baja inmediata de la afiliación del beneficiario; y/o requerir el reembolso de todos los gastos
efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Nombre y apellido:

Firma

Documento N°: