



DECLARACION JURADA DE OTRA
OBRA SOCIAL O COBERTURA DE
SALUD

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA MAYÚSCULA, CLARA, SIN TACHADURAS
NI ENMIENDAS.

1.....
..... en mi carácter de afiliado titular al SUMA declaro que,
2.....
quien forma parte de mi grupo familiar en carácter de, SI / NO
posee otra obra social o cobertura de salud, siendo la misma.....
.....

Asimismo, me comprometo a comunicar a SUMA de inmediato, en caso de
incorporarse a otra obra social o cobertura de salud en el curso del año.

Mar del Plata/...../.....

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR A SUMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.:

1Nombre, Apellido y DNI del afiliado titular.

2 Nombre, Apellido y DNI del afiliado incluido en el plan de discapacidad.