



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.