

Declaración Jurada de afiliación a otra obra social



DATOS DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____
CUIL _____ DOMICILIO: _____
TELÉFONO / CELULAR: _____ MAIL: _____
LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
FACULTAD / DEPENDENCIA LABORAL: _____
¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL?: _____
Nº DE CREDENCIAL: _____ ¿ES AFILIADO/A DIRECTO/A? ☐ SÍ ☐ NO

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS A CARGO EN LA OBRA SOCIAL

1. CÓNYUGE (sólo completar si corresponde)

APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____
CUIL _____ DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO/CELULAR: _____ MAIL: _____
¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL?: _____
Nº DE CREDENCIAL: _____ ¿ES AFILIADO/A DIRECTO/A? ☐ SÍ ☐ NO

2. APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____
CUIL _____ DOMICILIO: _____
TELÉFONO/CELULAR: _____ MAIL: _____
LOCALIDAD: _____ VÍNCULO: _____
¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL?: _____
Nº DE CREDENCIAL: _____ ¿ES AFILIADO/A DIRECTO/A? ☐ SÍ ☐ NO

3. APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____
CUIL _____ DOMICILIO: _____
TELÉFONO/CELULAR: _____ MAIL: _____
LOCALIDAD: _____ VÍNCULO: _____
¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL?: _____
Nº DE CREDENCIAL: _____ ¿ES AFILIADO/A DIRECTO/A? ☐ SÍ ☐ NO

4. APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI: _____
CUIL _____ DOMICILIO: _____
TELÉFONO/CELULAR: _____ MAIL: _____
LOCALIDAD: _____ VÍNCULO: _____
¿POSEE OTRA OBRA SOCIAL? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL?: _____
Nº DE CREDENCIAL: _____ ¿ES AFILIADO/A DIRECTO/A? ☐ SÍ ☐ NO

Manifiesto que la presente reviste el carácter de Declaración Jurada, con la responsabilidad de informar al Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue, S.O.S.U.N.C., todo cambio de cobertura médica realizada por otra Obra Social u otro Agente de Seguro de Salud.

Mediante la presente Declaración Jurada, S.O.S.U.N.C. podrá gestionar ante la Obra Social u otro Agente de Seguro de Salud declarado, las prestaciones o medicación de alto costo, con el fin de compartir los costos en igualdad de condiciones y costos, resguardando la salud integral del titular y su grupo familiar.

Suscribo la presente en la ciudad de Neuquén, a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA Y ACLARACIÓN