

ANEXO 4

Declaración Jurada de Afiliaciones

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

Declaro bajo juramento que mi hija/o,
D. N. I. N° , 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 de mi hija/o dentro de las
72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación
importará el derecho de Union Personal de disponer la baja inmediata de la
afiliación de mi hija/o; 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°: