

# ANEXO II- DICO N° 0005/SGPS-SGTM-2017

## Declaración Jurada



UGL:	Agencia:
------	----------

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:			
N° Afiliado:			
Fecha de Nacimiento:     /     /		Tipo y N° de Doc.:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad:	Vive Solo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nacionalidad:
Domicilio:			
Localidad:			
Teléfonos:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado / Unido <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
¿Está afiliado a un Sistema de Medicina Pre Paga?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?

### BIENES

#### INMUEBLES

Propietario: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Alquila: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Observaciones:
--	-----------	--	----------------

#### AUTOMOTORES

Vehículo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:
---	-----------	--------	---------	------

#### OTROS BIENES

Aeronave: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:
Embarcación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:

### FAMILIARES A CARGO

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	EDAD	DISCAPACITADO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Jubilación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Monto \$	Pensión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Monto \$
Egresos Fijos \$		Monto Disponible \$	

Nombre de los Medicamentos:		Costo	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Observaciones:			
Costo medicamentos:	\$	Porcentaje sobre sus Ingresos:	%

Afirmo que los datos consignados precedentemente son fidedignos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear referencia alguna que deba contener, siendo expresión de verdad.

Declaro conocer que si se incurriere en estos hechos podrá rechazarse mi solicitud o revocarse la prestación otorgada, ello sin perjuicio de las acciones legales que el INSSJP pueda iniciar por daño sufrido.

LUGAR Y FECHA de la D.D.JJ: \_\_\_\_\_