

## DECLARACIÓN JURADA DE NO AFILIACIÓN AL PLAN DE SALUD ONCONAVAL

YO (GRADO, NOMBRES Y APELLIDOS) .....

CIP: ..... DNI: ..... DOMICILIO REAL: .....

DISTRITO ..... PROVINCIA ..... DEPARTAMENTO .....

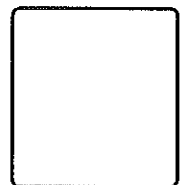
TELÉFONO DE CASA ..... NÚMERO DE CELULAR .....

E-MAIL .....

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE, EN MI CONDICIÓN DE TITULAR DEL SISTEMA DE SALUD NAVAL, DECLARO BAJO JURAMENTO HABER TOMADO CONOCIMIENTO DE LO DISPUESTO POR LA NORMATIVA INSTITUCIONAL INDICADA EN LA DIRECTIVA DIPERMAR 13-16 DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE SALUD ONCONAVAL PARA EL PERSONAL SUPERIOR, SUBALTERNO Y SUS FAMILIARES. EN TAL CONTEXTO, MANIFIESTO MI DECISIÓN DE **NO INSCRIBIRME, NI INSCRIBIR A MIS DERECHOHABIENTES (CÓNYUGE E HIJOS) Y/O FAMILIARÉS EN EL PLAN DE SALUD ONCONAVAL, ENTENDIENDO QUE LAS PRESTACIONES DE SALUD A FAVOR DE MIS DERECHOHABIENTES SERÁN CANCELADAS AL CONTADO, CUALQUIERA SEA EL COSTO QUE DEMANDEN.**

LUGAR: .....

FECHA: ..... DE ..... DEL .....



.....  
(FIRMA)

Huella Digital