



## DECLARACIÓN JURADA DE NO AFILIACIÓN AL PLAN SEGUNDA CAPA

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

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

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

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

E-MAIL .....

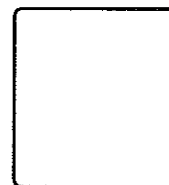
POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE, EN MI CONDICIÓN DE TITULAR DEL SISTEMA DE SALUD NAVAL, DECLARO BAJO JURAMENTO HABER TOMADO CONOCIMIENTO DE LO DISPUESTO POR LA NORMATIVA INSTITUCIONAL INDICADA EN LA DIRECTIVA DIPERMAR 12-16 DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN SEGUNDA CAPA PARA EL PERSONAL SUPERIOR, SUBALTERNO Y FAMILIARES DIRECTOS. EN TAL CONTEXTO, MANIFIESTO MI DECISIÓN DE **NO INSCRIBIR** A MIS DERECHOHABIENTES (CÓNYUGE E HIJOS) EN EL PLAN SEGUNDA CAPA, 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