

DECLARACIÓN JURADA DE CONTAR CON SEGURO O PÓLIZA DE SALUD

Yo _____;
identificado con el número de cédula de identidad V- _____ o
pasaporte E - _____ y domiciliado en
_____, en pleno uso de
mis facultades físicas y mentales, DECLARO BAJO JURAMENTO CONTAR CON UN
SEGURO DE SALUD PARA CUBRIR MIS ATENCIONES MEDICAS Y DE EMERGENCIA.
Por lo antes expuesto dejo constancia que no estoy interesado (a) en adquirir la ofrecida
por la Universidad Católica Andrés Bello.

Declaración que se efectúa en _____, a los _____, días
del mes de _____, del año 20_____.

Firma

