

	DECLARACIÓN JURADA DE SEGURO DE SALUD	Código:	VRA-FR-53
		Versión:	V.1.0
		Documento de Aprobación:	Resolución N° 110-2024-VRAI-UPSJB
		Fecha de Aprobación:	18-07-2024
		FORMATO	N° Página:

DATOS DEL PADRE O APODERADO

(Llenar solo para el caso de estudiantes menores de 18 años de edad)

APELLIDOS Y NOMBRES			
TIPO DE DOCUMENTO	() DNI () CE () Pasaporte	Número	
DOMICILIO	Dirección	Distrito	
	Provincia	Departamento	
TELÉFONO	Fijo	Celular	
CORREO PERSONAL			

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS Y NOMBRES			
TIPO DE DOCUMENTO	() DNI () CE () Pasaporte	Número	
FACULTAD		PROGRAMA	
SEDE/LOCAL		CICLO DE ESTUDIOS	
DOMICILIO	Dirección	Distrito	
	Provincia	Departamento	
TELÉFONO	Fijo	Celular	
CORREO PERSONAL			
CORREO INSTITUCIONAL			

Declaro bajo juramento que el (la) estudiante: SI NO está inscrito(a) en el sistema de salud.

Si respondió SI, debe marcar con un X el seguro de salud vigente con el que usted cuenta:

- Sistema Integral de Salud (SIS)
- ESSALUD
- Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas
- Seguro de Salud de la Policía Nacional del Perú
- Empresas Prestadoras de Salud (EPS)
- Otra empresa aseguradora pública o privada (especificar): _____

Declaro que esta información es verídica y exacta, y que cualquier cambio en mi situación será comunicado de inmediato a las autoridades correspondientes.

Esta declaración se formula en aplicación del Principio de Veracidad establecido en el artículo 51º del TUO de la Ley 27444 -Ley del Procedimientos Administrativo General, aprobado por D.S 004-2019-JUS, y en caso de comprobarse su falsedad me someto a las acciones disciplinarias, civiles, penales y de cualquier otra índole a las que hubiera lugar, frente a la Universidad Privada San Juan Bautista SAC y terceros, de ser el caso.

Aplica Términos y Condiciones: "En caso de que el seguro presentado sea observado dispondrá de siete (7) días calendario para subsanarlo y volver a cargar el seguro. El plazo no excederá la fecha de cierre de la matrícula extemporánea. Si no se realiza una nueva carga dentro de ese plazo, se procederá de oficio a cargar el costo del seguro ofrecido por la universidad a la cuenta corriente del estudiante sin opción a reclamo o anulación, el cual tendrá como condición de pago la fecha de vencimiento de cuota de pensión próxima a vencer."

En fe de lo cual, firmo la declaración en _____, a los ____ días del mes de _____ de _____.

FIRMA DEL ESTUDIANTE	HUELLA DIGITAL	FIRMA DEL PADRE O APODERADO <small>(solo para estudiantes menores de 18 años de edad)</small>	HUELLA DIGITAL