



**DECLARACION JURADA DE OPCION DE SALUD**

**Trabajadores aportantes al FONASA**

....., titular de C.I. ....,

Fecha de Nacimiento ..... / ...../ ....., con domicilio constituido en .....

.....,  
solicito recibir la atención integral por SEGURO AMERICANO., declarando haber sido debidamente informado del alcance de los derechos que me confiere la presente opción en el régimen establecido en el art. 22 de la Ley 18.211, correspondiendo se disponga la transferencia de la cuota-salud correspondiente directamente a SEGURO AMERICANO.

La presente declaración se realiza a SEGURO AMERICANO, el día

..... del mes de ..... del año .....

Firma del trabajador: .....

Aclaración de Firma: .....