

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe,

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

El abajo firmante, declara bajo su responsabilidad no haber pedido la intervención de ningún organismo público o privado de salud, para los gastos médicos causados por el siniestro.

En

Fecha

(Firmado: nombre y apellidos)