



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

DJN°
DIRECCION DE APOORTE OBRERO PATRONAL

FORMULARIO DE DECLARACION JURADA PARA ACTUALIZACION E INSCRIPCION DE DATOS DEL BENEFICIARIO
CONCUBINO/A

A- DATOS PERSONALES DEL COTIZANTE

Form fields for cotizante: C.I.N°, NOMBRES, APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, DIRECCION ACTUAL, TELEFONO, DOCUMENTO, SEXO, CORREO ELECTRONICO. *TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

B- DATOS DEL O LOS BENEFICIARIOS

Table with 5 columns: Tipo Benef., Nombre y Apellido, Sexo, C.I.N°, Fec. Nac.

Declaro bajo Fe de Juramento, que el/la persona detallada precedentemente para quien solicito y autorizo sea incluida como mi Beneficiario/a, vive en relación de pareja bajo el régimen de CONCUBINATO, desde hace dos años o más en forma pública, estable y singular, por lo que asumo y tengo conocimiento de las consecuencias legales que implican la presente Declaración (Art.243 Código Penal Paraguayo.- Declaración falsa: "1°. El que presentara una declaración jurada falsa ante un ente facultado para recibirla o invocando tal declaración, formulara una declaración falsa, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años").

Por el presente documento me comprometo a requerimiento de la Dirección de Aporte Obrero Patronal y / o Auditoría Interna del Instituto de Previsión social a presentar toda la documentación original necesaria para demostrar la veracidad y legalidad de los datos aquí declarados, y autorizo a la Institución a solicitar el descuento sobre mi salario, en concepto de gastos médicos incurridos por la Institución, por mis beneficiarios y que derive de la declaración errónea o fraudulenta de los datos suscriptos por mi persona en este documento.

Declaro bajo juramento, que tengo conocimiento que el IPS podrá excluir de oficio al/los beneficiarios en caso que esta declaración resultare falsa.

Por la presente declaración autorizo al IPS a solicitar el descuento sobre mi salario percibido, por el monto de los costos que la Institución haya incurrido con mis beneficiarios, que derive de la declaración errónea o fraudulenta de los datos suscriptos en este documento.

Firma del Asegurado Cotizante

El Departamento de Servicios y el Departamento Agencias del Interior, dependiente de la Dirección de Aporte Obrero Patronal ha observado todos los datos consignados por el asegurado titular, verificando la veracidad de los mismos

Firma del Usuario Verificador