



Caja de Profesionales
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941
C.P. 11.100 - Montevideo - Uruguay
www.cjppu.org.uy

SNS - DECLARACIÓN DEL BENEFICIO

FECHA	____	____	____
-------	------	------	------

DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1 ^{ER} APELLIDO	2 ^{DO} APELLIDO	1 ^{ER} NOMBRE	2 ^{DO} NOMBRE
_____	_____	_____	_____	_____

Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS), y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante declara ante la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios que al día de la fecha:

- NO TIENE hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a cargo
 TIENE hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a cargo
 NO TIENE a su cargo cónyuge o concubino/a
 TIENE a su cargo cónyuge o concubino/a

DATOS DEL CONYUGE		DATOS DEL CONCUBINO/A		
DOCUMENTO	1 ^{ER} APELLIDO	2 ^{DO} APELLIDO	1 ^{ER} NOMBRE	2 ^{DO} NOMBRE
_____	_____	_____	_____	_____

DATOS DEL CONYUGE				
DOCUMENTO	1 ^{ER} APELLIDO	2 ^{DO} APELLIDO	1 ^{ER} NOMBRE	2 ^{DO} NOMBRE
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Se notifica al declarante:

- 1) Que es su responsabilidad mantener actualizada la presente declaración.
- 2) Del texto del art. 136 de la Ley 17738: "*La declaración falsa en las actuaciones administrativas ante la Caja, o la prestada sobre hechos propios o en interés propio por el titular de las actuaciones, será sancionada en la forma dispuesta por el artículo 239 del Código Penal*".
- 3) La información de la presente declaración será ingresada por la CJPPU en el servicio web instrumentado por el BPS, según el procedimiento dispuesto.

Firma del funcionario

Firma del declarante