



DENUNCIA DE INCAPACIDAD

POLIZA N° Fecha Vigencia/...../.....

DATOS DEL ASEGURADO

- Nombres y apellidos completos:
- Domicilio real: Calle.....N°:.....Piso:.....Dpto:.....
- C.P (.....) Localidad:.....Provincia:.....
- Teléfono particular:Teléfono Laboral:
- Fecha de nacimiento:/...../.....Lugar de nacimiento:
- Documento Identidad Tipo: ... N°: CUIL/CUIT/CDI N°
- Estado Civil: Actividad principal:
- Nacionalidad: Sexo:
- Correo electrónico:@.....

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente
El/la¹ que suscribe, _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI/NO**¹ se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____. Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.
(Solo para casos de sujetos obligados) Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

¹ Tachar lo que no corresponda.

INFORMACION SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

- Indicar la fecha en la cual comenzó su incapacidad o lesión que lo ha imposibilitado para el trabajo: / /
- Está usted ahora imposibilitado para dedicarse a alguna ocupación? SI ___ NO ___
Indicar el motivo de la incapacidad o lesión: _____

- Si su incapacidad se debe a un accidente, conteste las siguientes preguntas:
 - a) ¿Trabajaba Ud. cuando ocurrió el accidente? SI ___ NO ___
 - b) ¿Cuándo ocurrió el accidente?/...../..... ¿Dónde?
 - c) Describa detalladamente el accidente:
.....
.....

Sírvase proporcionar, acompañando a la presente declaración, toda documentación (exámenes, radiografías, denuncia policial, etc.) que sirva para la comprobación del siniestro.

Lugar y fecha _____

Firma y aclaración del asegurado