



**DENUNCIA DE PÉRDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTE**

POLIZA N° ..... Fecha Vigencia ...../...../.....

**DATOS DEL ASEGURADO**

- Nombres y apellidos completos: .....
- Domicilio real: Calle.....Nº:.....Piso:....Dpto:.....
- C.P.....Localidad:..... Provincia:.....
- Teléfono particular: .....Teléfono Laboral: .....
- Fecha de nacimiento: ...../...../.....Lugar de nacimiento: .....
- Documento Identidad Tipo: ... Nº: ..... CUIL/CUIT/CDI Nº .....
- Estado Civil: ..... Actividad principal: .....
- Nacionalidad: ..... Sexo: .....
- Correo electrónico: .....

**Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente**

El/la<sup>1</sup> 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**<sup>1</sup> 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.

(Sólo en caso de tratarse de un sujeto obligado) Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

**INFORMACION SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO**

- Indicar la fecha en la cual se accidentó: ..... / ..... / .....
- Indicar el tipo de pérdida sufrida a causa del 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, dictamen de ART, etc.) que sirvan para la comprobación del siniestro.

Lugar y fecha: .....

.....  
Firma y Aclaración del Asegurado

<sup>1</sup> Tachar lo que no corresponda.