



DENUNCIA DE HOSPITALIZACIÓN

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

E/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.

INFORMACION SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

- Indicar la fecha en la cual comenzó su internación: / /
- Indicar la fecha de alta de su internación: / ... /
- Establecimiento donde se produjo su internación:
- Describa brevemente el motivo de su internación:.....
.....
- Si su internación se debió 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 (historia clínica completa; copia simple de actuaciones judiciales y/o administrativas y/o policiales labradas con motivo del accidente, si corresponde) que sirvan para la comprobación del siniestro. Asimismo, rogamos adjuntar copia de su DNI.

Lugar y fecha _____

Firma y aclaración del asegurado

¹ Tachar lo que no corresponda.