



**DENUNCIA DE ENFERMEDAD TERMINAL**

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**  
**EI/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.  
*(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.

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

**INFORMACION SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO**

- Indicar enfermedad que padece: .....
- Indicar la fecha en la cual comenzó la enfermedad: ..... / ... / ....
- Está usted ahora imposibilitado para dedicarse a alguna ocupación? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- Indicar nombre, dirección y teléfono de los médicos que lo asisten:  
.....  
.....
- ¿Se encuentra actualmente efectuando tratamiento médico? SI NO  
Detallar: .....

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

Lugar y fecha: .....

.....  
Nombre y Apellido del Asegurado

.....  
Firma y Aclaración del Asegurado