

## LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Denuncia del contratante

FOR-STRO-13-A



### CONTRATANTE

Póliza N° \_\_\_\_\_ Fecha vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Certificado N° \_\_\_\_\_ Fecha vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio de la Sede Social principal \_\_\_\_\_

CUIT \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_ M \_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Documento Identidad: Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL/CDI \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Domicilio real: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono particular Prefijo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular Prefijo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Actividad principal \_\_\_\_\_ Capital Asegurado \_\_\_\_\_

### 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 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.

### DATOS DEL ACCIDENTE

¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Describe detalladamente el accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consecuencias del accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DETALLES DE GASTOS MÉDICOS

Detalle de práctica y/o medicamento prescripto	Prestador	Factura N°	Importe en \$

Los gastos médicos fueron abonados por Contratante \_\_\_\_\_ Asegurado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA