

**DENUNCIA DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD
TEMPORAL POR ACCIDENTE**
Informe del contratante
FOR-STRO-15-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/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.

(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 EMPLEO (grupo empleados)

Fecha de ingreso al empleo ____/____/____ Fecha de último día de trabajo efectivo ____/____/____

Remuneración mensual _____

DATOS DEL CRÉDITO (grupo deudores)

Fecha otorgamiento crédito ____/____/____ Importe original del crédito _____

Plazo y forma de amortización _____

Saldo de deuda a la fecha de incapacidad _____

DATOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

Fecha del accidente ____/____/____ Lugar _____

Breve descripción del hecho _____

Indicar la lesión sufrida a causa del accidente _____

¿En qué fecha concurrió a trabajar por última vez? ____/____/____

¿Cuándo se reincorporó? ____/____/____ Fecha del alta médica ____/____/____

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA