

El requerimiento de esta información no resulta aplicable a los casos previstos en los arts.: (i) 18, salvo cuando exista sospecha de Lavado de activos o Financiación del Terrorismo (Seguros colectivos de vida obligatorios, Seguros de rentas del régimen de la Ley N° 24.557, Seguros de riesgos del trabajo, Seguro de responsabilidad civil obligatoria de automóviles Resolución SSN N° 34.225, y a Seguros colectivos de saldo deudor de acuerdo a la Resolución SSN N° 35.678), (ii) 20 (pagos de siniestros a terceros) y (iii) 21 (Cesión).

DATOS DEL ORGANISMO PÚBLICO (TOMADOR O ASEGURADO)

Nombre de la Dependencia:			
CUIT:		Telefono de la Dependencia:	
Domicilio de la Dependencia (Calle):			N°:
			Piso:
Dto.:	Localidad:	CP:	Provincia:

DATOS DEL FUNCIONARIO INTERVINIENTE

Nombre y Apellido Completos:			
Tipo y N° de Documento:		Nacionalidad:	Sexo⁽¹⁾:
CUIL:	Póliza:	Estado Civil:	
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Domicilio Real (Calle):			N°:
			Piso:
Dto.:	Localidad:	CP:	Provincia:
Correo Electrónico:			Teléfono:

Adjuntar la siguiente documentación:

Copia certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente.
Copia del DNI, Libreta Cívica, Libreta de Enrolamiento, Cédula de Identidad o Pasaporte.

DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA TOTALIDAD DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO Y DE PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE

El/la⁽¹⁾ que suscribe, _____⁽²⁾ declara bajo juramento que todos los datos (incluyendo sin que implique limitación los correspondientes a estado civil y actividad principal) consignados en el presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO(!) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que me ha sido entregada junto con la presente y que he 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.

Documento: Tipo⁽³⁾ _____ N° _____

País y Autoridad de Emisión: _____

Carácter invocado⁽⁴⁾: _____

CUIT/CUIL/CDI⁽¹⁾ N°: _____

Firma del Cliente:	Lugar y Fecha:
Certifico/Certificamos que la firma que antecede fue puesta en mi/nuestra presencia ⁽¹⁾	
Firma	Sello

Observaciones:

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Nombre y apellido del cliente persona física, aun cuando en su representación firme un apoderado, o con el nombre y apellido del representante del cliente persona jurídica u organismos público. (3) DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. (4) Titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración. (5) Integrar con el nombre y apellido del cliente persona física o la denominación de la persona jurídica u organismo público, aun cuando en su representación firme un apoderado o representante.
Los productores asesores de seguros, en su calidad de sujetos obligados (conforme art. 20 inc. 16 de la Ley 25.246) se encuentran habilitados para certificar las copias de la documentación que debe ser aportada por los clientes.