

Formulario de denuncia Invalidez Total Temporal (Trabajadores Autonomos)

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**



Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s Nacionalidad:

Lugar de nacimiento: Género: Femenino Masculino No Binario

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Tipo y N° de documento Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA

Tel. Particular Tel. Celular E-mail

Fecha exacta del cese laboral: DD/MM/AAAA Condición ante la AFIP:

Causa que le impide desarrollar sus tareas laborales:

En función de la Resolución UIF N° 28/2018, Soluciones de Asistencia Integral S.A. debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas (PEPs) o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

Si tenés dudas ingresa a:

<https://www.argentina.gob.ar/uif/preguntas-frecuentes-generales-uif/personas-expuestas-politicamente>

El / la que **suscribe declara bajo juramento** que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que ha leído la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" que se encuentra publicada en la web de Soluciones de Asistencia Integral S.A. y que

SI soy una Persona Expuesta Políticamente NO soy una Persona Expuesta Políticamente

En caso **afirmativo**, se indica el Organismo Estatal en donde me desempeño, así como mi cargo, función o jerarquía:

.....

Información Importante

Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia completo.
- Copia de Comisión Medica con porcentaje de Incapacidad detallada
- Copia Comprobante de aportes en AFIP

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

Lugar y Fecha

Firma del Denunciante

Aclaración