



Lea atentamente las siguientes instrucciones, previo a la integración del presente formulario.

Deberá integrar los siguientes apartados:

- 1) En todos los casos: apartado **A** y acompañar **copia certificada del acto administrativo de designación de funcionario interviniente, junto con una copia del documento de identidad.**
- 2) En los casos que se contraten **pólizas con prima única o anuales pactadas y/o aportes extraordinarios, o ante retiros / rescates parciales o totales acumulados en los últimos 12 meses que resulten iguales o superiores a PESOS TRESCIENTOS VEINTE MIL (\$320.000.-) o su equivalente en moneda extranjera;** deberá integrar el apartado **B.**
- 3) Para el cobro de **sinistros y/o indemnizaciones por un monto igual o superior a PESOS UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL (\$1.200.000.-) o su equivalente en moneda extranjera acumulados en los últimos 12 meses,** deberá integrar el apartado **B.**
- 4) Por **restituciones de primas por anulación de pólizas por un monto igual o superior a PESOS CIENTO SESENTA MIL (\$160.000.-) o su equivalente en moneda extranjera acumulados en los últimos 12 meses,** deberá integrar el apartado **B.**

A - Organismos Públicos

| | |
|---|------------------------------------|
| DATOS DEL ORGANISMO | |
| Nombre de la Dependencia: _____ | |
| Nº de CUIT: _____ | Teléfono (1): (_____) _____ |
| Domicilio Legal: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____ | |
| Provincia: _____ | Localidad: _____ CP: _____ |
| <small>(1) En el caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO".</small> | |
| FUNCIONARIO INTERVINIENTE | |
| Importante: Adjuntar copia certificada del Acto Administrativo de designación del Funcionario Interviniente. | |
| Nombres: _____ Apellidos: _____ | |
| Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE Nro. _____ | (adjuntar copia) Nº de CUIL: _____ |
| Domicilio Real: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____ | |
| Provincia: _____ | Localidad: _____ CP: _____ |

B - Procedimientos Especiales: Información adicional:

| |
|---|
| <p>1 - Tipo de Operación (Indique el tipo de operación involucrada):</p> <p><input type="checkbox"/> Pólizas con prima única o anuales pactadas y/o aportes extraordinarios, o la suma de ambos, resulten iguales o superiores a \$320.000.- o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Cobro de siniestros y/o indemnizaciones, por un monto igual o superior a \$1.200.000.- o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Restituciones de primas por un monto igual o superior a \$160.000.- o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Retiros parciales o rescates totales acumulados en los últimos 12 meses por montos iguales o superiores a \$320.000.- o su equivalente en moneda extranjera.</p> <p>2 - Declaración Jurada sobre licitud y origen de los fondos</p> <p>Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizan para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen de:</p> <p><input type="checkbox"/> Ahorro en Cuenta <input type="checkbox"/> Operación Inmobiliaria <input type="checkbox"/> Ganancias</p> <p><input type="checkbox"/> Actividad Comercial <input type="checkbox"/> Compra - Venta de Bienes Muebles <input type="checkbox"/> Donación</p> <p><input type="checkbox"/> Presupuesto Nacional \$ _____ <input type="checkbox"/> Cesión <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p>3 - Documentación a presentar: (Tildar el casillero de la documentación que acompaña, que justifique el origen de los fondos para afrontar las primas) Además de la Constancia de Inscripción en AFIP, deberá acompañar alguna de las otras opciones detalladas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constancia de Inscripción en A.F.I.P. actualizada.</p> <p><input type="checkbox"/> Copia del convenio interadministrativo. (Donde conste que las primas se abonan con fondos del organismo o con indicación de la partida presupuestaria)</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de la asignación de la partida presupuestaria. (Correspondiente a la asignación global del organismo o identificando el origen de la partida presupuestaria)</p> <p><input type="checkbox"/> Estados Contables auditados por Contador Público y Certificados por el Consejo Profesional correspondiente.</p> |
|---|

Conforme lo establecido en el Artículo N°14, inciso 3 de la Ley N°25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
En carácter de Declaración Jurada, manifiesto que la información y los datos identificatorios, consignados en la presente son exactos y verdaderos.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente. _____