Formulario de denuncia Desempleo Involuntario

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 Nº de documento ..... Fecha de nacimiento ...../...../..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular ..... Tel. Celular ..... E-mail .....

Fecha exacta de despido ...../...../..... DD/MM/AAAA

Período de relación laboral con el empleador: desde ...../...../..... hasta ...../...../..... DD/MM/AAAA

En función de la Resolución UIF Nº 28/2018, Cardif Seguros 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 Cardif Seguros SA 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 telegrama que acredite el desempleo.
  - Copia del recibo de sueldo.
  - En caso de conflicto laboral, copia de la conciliación o demanda judicial.

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