

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE

Declaro conocer y aceptar lo establecido en la Cláusula SEXTA del Contrato de Mutuo, cuando expresa: *“En caso de fallecimiento del PRESTATARIO, el préstamo se cancelará con recursos del Fondo Compensador para Siniestros de Vida (FCSV). Para tener derecho este beneficio, el PRESTATARIO y el CODEUDOR (si corresponde) **en este acto declaran bajo juramento que se encuentran en buen estado de salud y que no padecen enfermedades o afecciones que hagan presumir su deceso, durante el plazo de amortización estimado que contratan.** En caso de determinarse que el fallecido pudiera haber incurrido en falsedad u ocultamiento en su DECLARACIÓN JURADA, el INSTITUTO podrá oponer causal de reticencia e iniciará acciones legales a los derechohabientes del fallecido. Asimismo, iniciará acciones legales en el caso del fallecido que registraba mora en el pago de los aportes al FCSV, al momento de su deceso.-----*

Consecuentemente, declaro que mi Estado de Salud se halla conforme con lo precedentemente expuesto.-----

OBSERVACIONES:

Manifiesto padecer la/s siguiente/s enfermedad/es y/o tratamiento/s:

Firma del Solicitante: _____

Nombre/s y Apellido/s: _____

D.N.I. N° _____

Grado y Situación de Revista: _____

Edad y Fecha de Nacimiento: _____ años; _____ - _____ - _____.

Lugar y fecha de la Declaración Jurada _____

Teléfono para eventual contacto del “Servicio Médico del IAF”: _____

Certificación de Firma del Solicitante

[No se requiere para trámite en Sede I.A.F.P.R.P.M.]

Lugar y fecha:

Sello de la O.R. I.A.F, Unidad u Organismo Militar

Firma y sello de la Autoridad Militar certificante: