

DECLARACIÓN DE VERACIDAD

Yo con Cédula de Identidad N°., hábil por derecho, habiendo solicitado **la calificación del Grado de Invalidez**, en el marco de lo dispuesto en la **Resolución Administrativa APS/DS/N° 687-2016**, de 31 de mayo de 2016, que aprueba el “Reglamento del Seguro de Desgravamen Hipotecario”, declaro que todos los documentos presentados sobre mi estado de salud, para la Calificación de Invalidez de Desgravamen son auténticos, pudiendo ser verificados en cualquier momento, quedando bajo mi entera responsabilidad cualquier observación que pudiera surgir sobre estos en adelante.

Para constancia y fines consiguientes, firmo al pie del presente.

FIRMA

ACLARACION DE NOMBRE:
C.I.

Lugar y fecha: La Paz,