

CONTINUACIÓN

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD DE CONTINUACIÓN

Provincia Seguros

A Provincia Seguros S.A.:

CONTINUACIÓN N°:

Solicitante, de acuerdo con las Condiciones Generales y/o Especiales de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, que declaro conocer, y en la que me encuentro en contra de lo establecido, la CONTINUACIÓN con un capital asegurado de \$ **X consignar capital asegurado (monto fijo)** , cuyas primas, que estarán íntegramente a mi cargo, las abonaré directamente a esa Compañía, por año calendario anticipado.

NO

POLIZA

MEDIO DE PAGU

BOLETA

DATOS DEL SOLICITANTE

CÓDIGO NÚMERO		TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO CURP		CONDICIÓN FRENTE AL IVA	
						RT EX RT CF	
APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL				DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA		NACIONALIDAD	
TELÉFONO		CELULAR		DIRECCIÓN EMAIL		SIT. LABORAL	
						REL. DEP. AUTON.	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		PROFESIÓN O ACTIVIDAD	
						ASISTENTE RELACIONADO ASESORADO MAQUINISTA ESTUDIANTE OTRAS	
						N° INGRESOS BRUTOS	
						AQ. RET.	

datos de la persona que continúa con el seguro

X firmar

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Solicitante

CERTIFICACIÓN DE DATOS POR PARTE DEL CONTRATANTE

DATOS LABORALES	FECHA	LICENCIAS EXTRAORDINARIAS (durante los últimos tres años)	DESDE	HASTA
PRESTÓ SERVICIOS DESDE				
PERDIÓ HABILIDADES HASTA				
PRIMAS COBRADAS HASTA				
SOLICITUD PRESENTADA EL				
ESTADO DE BAJA EN EL SEGURO COLECTIVO				
INGRESO PRIMAS A LA COMPAÑÍA HASTA				

Certificamos la autenticidad de la firma o impresión digital del "Asegurado" y la veracidad de la información suministrada precedentemente.

Nombre del Contratante: PODER JUDICIAL

Domicilio: AVENIDA 13 ESQUINA 48

Teléfono: 0221 4104400

NO COMPLETAR

Lugar y Fecha

Firma autorizada y sello del Contratante

NOTA: VER CONDICIONES AL DORSO

TALON PARA EL ASEGURADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD DE CONTINUACIÓN

Provincia Seguros

Consta que el Señor/Señora

ha presentado en la fecha la Solicitud

de Continuación en el seguro, que será considerada por esta Compañía (Póliza N°

Certificado N°

Sello de Recepción

Por PROVINCIA SEGUROS S.A.

IMPORTANTE: La presente constancia quedará en poder del solicitante y debe ser presentada para cualquier trámite ulterior.

**firma y sello del
funcionario que
certifica la firma**

Leer con atención la siguiente página ↓

Completar los casilleros con letra clara

ANTIGÜEDAD: Para tener derecho a la continuación en el seguro, será requisito indispensable que el peticionante tenga una antigüedad mínima de un año en la póliza.

CAPITAL ASEGURADO: Será el último alcanzado por el Asegurado antes del cese y por el cual abonó primas, o uno menor, quedando el mismo congelado.

IMPORTANTE

CONTINUACIÓN: Se considerará como tal la solicitud que fuera ingresada a la Compañía antes que el solicitante quede excluido de seguro, en cuyo caso no habrá interrupción de cobertura. Se otorga solamente la cobertura de muerte.

Sigue siguiente página ↓

DATOS DEL TITULAR ☐ CÓNYUGE ☐

PÓLIZA

no completar

CERTIFICADO N°

n° de legajo

Tarjeta para la Aseguradora	APELLIDO	NOMBRES	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	N° CUIL
	CALLE	NÚMERO	PISO	DEPTO.	LOCALIDAD
	PROVINCIA	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	TELÉFONO	ES JURDO?

datos de la persona asegurada

INSTITUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO DOC.	N° DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	%	TÉRMINO

datos de las personas beneficiarias

Si al momento de liquidarse la indemnización, algún beneficiario fuera menor de edad y no desea que la misma sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, hágalo constar seguidamente: **NO LO DESEO**

De optar por la negativa y, de considerarlo, indicar a quien se deberá abonar:

Apellido y Nombre: Tipo y Número de documento: Parentesco:

La presente declaración producirá efectos futuros y quedan sin valor alguno cualquier solicitud o designación de beneficiarios previa a la presente.

X firmar

Firma Asegurado Titular / Cónyuge

Certificación del Contratante

**firma y sello del
funcionario que
certifica la firma**

PROVINCIA Seguros S.A. - Carlos Pellegrini 11 E 8008BAJ Cap. Fed. - Tel: 4345-1380 - Fax: 4345-1321 - CUIT: 30-4276086-6

Grupo
Provincia

SOLICITUD DE DESIGNACIÓN / ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

DATOS DEL TITULAR ☐ CÓNYUGE ☐

PÓLIZA

no completar

CERTIFICADO N°

n° de legajo

Tarjeta para el Asegurado	APELLIDO	NOMBRES	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	N° CUIL
	CALLE	NÚMERO	PISO	DEPTO.	LOCALIDAD
	PROVINCIA	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	TELÉFONO	ES JURDO?

datos de la persona asegurada

INSTITUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO DOC.	N° DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	%	TÉRMINO

datos de las personas beneficiarias

Si al momento de liquidarse la indemnización, algún beneficiario fuera menor de edad y no desea que la misma sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, hágalo constar seguidamente: **NO LO DESEO**

De optar por la negativa y, de considerarlo, indicar a quien se deberá abonar:

Apellido y Nombre: Tipo y Número de documento: Parentesco:

La presente declaración producirá efectos futuros y quedan sin valor alguno cualquier solicitud o designación de beneficiarios previa a la presente.

X firmar

Firma Asegurado Titular / Cónyuge

Certificación del Contratante

**firma y sello del
funcionario que
certifica la firma**

PROVINCIA Seguros S.A. - Carlos Pellegrini 11 E 8008BAJ Cap. Fed. - Tel: 4345-1380 - Fax: 4345-1321 - CUIT: 30-4276086-6

Grupo
Provincia

Designación y cambio de beneficiarios:

El Asegurado podrá designar a sus beneficiarios y cambiarlos cuando lo crea conveniente. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se liquidará por partes iguales conforme a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418. Si alguno de los beneficiarios muere antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus pro-
porciones.

Cuando se designe a los herederos se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, pero de haberse otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las porciones hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Los asegurados menores de edad, mayores de 14 años no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre y a la madre en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación por parte de éstos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los beneficiarios designados podrán ser sustituidos en cualquier momento mediante la suscripción de una nueva designación.

Sigue ↓

Completar los puntos I y IV. Firmar debajo del punto VI

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(RESOLUCIÓN UIF N° 126/2023)

I - Persona Humana - Representante de Persona Jurídica o Apoderada/o u Organismo Oficial

Nombre y Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Documento: DNI ☐ / Pasaporte ☐ / Nro: _____ Género: _____

Identificación Tributaria: CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____ Profesión u Oficio _____

Estado Civil: _____ Tipo de Documento Cónyuge: DNI ☐ / Pasaporte ☐ Nro: _____

Domicilio Real: Calle _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ País: _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Fuente/s de Ingreso: **datos de la persona que continúa con el seguro**

Sujeto Obligado - Ley 25246: SI ☐ NO ☐ / PEP: SI ☐ NO ☐

Ingreso Mensual Acumulado: Hasta 3 millones ☐ / Entre 3 y 30 millones ☐ / Más de 30 millones ☐

ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Copia del documento de identidad (D.N.I. / Pasaporte). SI ☐ NO ☐
- Constancia de Inscripción ante AFIP. SI ☐ NO ☐
- Documentación relativa a la situación económica o patrimonial: Recibo de Haberes y/o Impuesto al Valor Agregado (de 4 a 6 meses en cada caso) y/o podrá aportar Declaración Jurada Anual de Impuesto a las Ganancias y/o certificado de ingresos anuales por Contador Público. SI ☐ NO ☐

II - Persona Jurídica - Organismo Oficial

Denominación o Razón Social: _____

Inscripción Registral: Fecha: _____ Nro: _____ CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha del Contrato o Escritura de Constitución: _____ Industria o Actividad Principal _____

Domicilio Legal: Calle _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: (____) _____

NO COMPLETAR

Sujeto Obligado - Ley 25246: SI ☐ NO ☐

Facturación Mensual Acumulada: Hasta 30 millones ☐ / Entre 30 y 160 millones ☐ / Más de 160 millones ☐

ACCIONISTAS - DUEÑAS/OS - AUTORIDADES - REPRESENTANTE

Autoridades			Titularidad del Capital Social			
Apellido y Nombre	Cargo	N° de Documento	Nombre o Denominación	Ejerce Control	% de Titularidad	Persona Exposta Políticamente
						SI ☐ NO ☐
						SI ☐ NO ☐
						SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIO FINAL DE LA PERSONA JURÍDICA

Identificar a la/s Personas Humanas que directa o indirectamente ejerzan el control real o posean el derecho a voto de la Persona

Jurídica - informar toda participación mayor al 10% y notificar todo cambio en un plazo menor a 30 días, se podrá presenta nota adicional:

Nombre y Apellido _____ Tipo de Documento DNI ☒ / Pasaporte ☐ Nro: _____

Identificación Tributaria CUIT ☐ / CUIL ☐ / CDI ☐ Nro: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Real: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Porcentaje de Participación/Titularidad/Control: _____ % PEP: SI ☐ NO ☐

Nombre y Apellido _____ Tipo de Documento DNI ☒ / Pasaporte ☐ Nro: _____

Identificación Tributaria CUIT ☐ / CUIL ☐ / CDI ☐ Nro: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Real: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Porcentaje de Participación/Titularidad/Control: _____ % PEP: SI ☐ NO ☐

ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Copia del Estatuto Social actualizado, certificada por Escribano/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... SI ☐ / NO ☐
- Copia del Acta del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderadas/os y/o autorizadas/os con uso de firma social certificada por Escribano/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... **NO COMPLETAR** SI ☐ / NO ☐
- Acta y/o poder, del cual se desprende el carácter de Representante Legal / Apoderada/o que firma el presente, certificada por Escribano/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... SI ☐ / NO ☐
- Copia del documento de identidad (D.N.I./ Pasaporte) del Representante Legal / Apoderada/o que firma el presente.. SI ☐ / NO ☐
- Constancia de Inscripción ante AFIP..... SI ☐ / NO ☐
- Presupuesto Asignado (para el caso de Organismos Oficiales)..... SI ☐ / NO ☐
- Contrato de Fideicomiso (para el caso de Fideicomisos)..... SI ☐ / NO ☐
- Constancia Sujeto Obligado del Fiduciario (para el caso de Fideicomisos)..... SI ☐ / NO ☐
- Estados Contables (certificados por el CPCE) y/o Certificación de Facturación y/o Ingresos Anuales por Contador Público y/o podrá aportar Declaración Jurada Anual de Impuesto a las Ganancias y/o Impuesto al Valor Agregado mensual (no menos de 6 consecutivos actuales). SI ☐ / NO ☐

III - Declaración Jurada de Sujeto Obligado - Apartado sólo para Sujeto Obligado ante la U.I.F.

- Este apartado sólo deberá ser completado por aquellas personas o entidades que sean Sujetos Obligados ante la Unidad de Información Financiera según establece el Artículo 20 de la Ley N°25.246.

- Por la presente declaro bajo juramento que quien suscribe / la persona jurídica que represento, SI ☐ / NO ☐ cumpla/e con todas las exigencias regulatorias dictadas por la Unidad de Información Financiera, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y legislación vigente en materia de Prevención del Lavado de Activos y del Financiamiento del Terrorismo.

TIPO DE SUJETO OBLIGADO (Artículo 20 de la Ley N°25.246): _____

ADJUNTAR: - Copia de la Constancia de Inscripción ante la Unidad de Información Financiera. SI ☐ / NO ☐

IV - Declaración Jurada de Persona Expuesta Políticamente (P.E.P.)

Por la presente declaro bajo juramento que quien suscribe SI ☐ NO ☐ me encuentro incluida/o y/o alcanzada/o dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que figura en el RG-PLA-001.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

V - Titularidad Registral de los Bienes Asegurados

Declaro que todos bienes asegurados son de propiedad del cliente-tomador-asegurado de las pólizas contratadas SI ☐ / NO ☐

En caso de responder "NO", informo los bienes con sus correspondientes titulares en el siguiente cuadro:

Identificación del Bien	Titular del Bien		
	Razón Social o Nombre y Apellido	CUIT / DNI	Relación/Parentesco con Tomador/a
NO COMPLETAR			

VI - Identificación del Medio de Pago y/o Pagador/a de las Primas

Las primas son pagadas con CBU, Tarjeta de Crédito o Cheque Propio, cuyo titular es el tomador de la póliza..... SI ☐ / NO ☐

Informar el medio de pago utilizado:

CBU / N° de Tarjeta	Titular	DNI	Relación / Parentesco con el Tomador/a

Declaro bajo juramento que las informaciones consignadas en este instrumento resultan exactas y que el origen de los fondos para la adquisición de los bienes asegurados y/o pago de las primas resulta lícito y se corresponde con la actividad o ingresos declarados. Asimismo me comprometo a informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 15 días de producida tal modificación.



Firma y Aclaración

firmar, aclarar y fechar

Lugar y Fecha

Anexo- Formulario de Identificación y Conocimiento del Cliente

Clientes Persona Juridica detallar a continuación la totalidad de los miembros que componen el Órgano de Administración:

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

NO COMPLETAR

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL ☐ / CUIT ☐ / CDI ☐ Nro: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc. _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: SI ☐ NO ☐ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____