

FALLECIMIENTO AGENTE

Formulario a completar por **todos los beneficiarios** con letra clara

DENUNCIA POR FALLECIMIENTO - INFORME DEL CONTRATANTE

COMUNICAMOS A UDS. EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO CUYOS DATOS PERSONALES Y DEMÁS REFERENCIAS SE CONSIGNAN A CONTINUACIÓN, RESPONSABILIZÁNDONOS DE SU EXACTITUD.



Apellido y Nombres completos del Asegurado fallecido				Fecha	
datos de la persona fallecida				Al servicio activo desde el	
Tipo Doc.	Número Documento	C.U.I.L. Nº / C.U.I.T. Nº		Fecha de Ingreso al Seguro	
				Último sueldo..... que percibía desde el	
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Ocupación		Le correspondió haberes hasta el	
				Fecha del Fallecimiento	
Póliza Nº	Afiliado/legajo	Capital Asegurado		Licencias de los últimos tres(3) años	
Causas que motivaron el Fallecimiento				Lugar del Fallecimiento	
Contratante		Domicilio		Teléfono	
Apellido y Nombres de los Beneficiarios		C.U.I.L. Nº / C.U.I.T. Nº		Parentesco	Tipo Doc.
1º					Número Doc.
2º					F. de Nacimiento
datos de los beneficiarios que solicitan el seguro					
3º					
4º					
Domicilio		Localidad	Provincia	C. Postal	Teléfono
1º					Mail de los Beneficiarios
2º					
3º					
4º					
firma de todos los beneficiarios					
FIRMA BENEFICIARIO 1		FIRMA BENEFICIARIO 2		FIRMA BENEFICIARIO 3	
				FIRMA BENEFICIARIO 4	
OBSERVACIONES					

Mail del Contratante: _____

Lugar y Fecha

Firma autorizada y Sello aclaratorio

PR-SN-002-01

PROVINCIA Seguros SA - Carlos Pellegrini 71 (C1003ABA) Cap. Fed. - Tel. 4346-7300 - Fax 4346-7337 - C.U.I.T. 30.627.50618



Sigue ↓

Cada beneficiario debe completar 1 formulario. Solo los puntos 1 y 4

**AUTORIZACIÓN DE PAGO O DEPÓSITO DECLARACIÓN JURADA Y RECIBO
DE INDEMNIZACIÓN - SEGURO DE VIDA COLECTIVO**



PÓLIZA N° _____

NO COMPLETAR

SINIESTRO N° _____

1 - AUTORIZACIÓN DE PAGO O DEPÓSITO

En mi/nuestro carácter de beneficiario/s de la póliza y certificado precedentemente indicado, autorizo/autorizamos a Provincia Seguros S.A. para depositar:

NOTA: No se admite CUENTA SOCIAL

CBU N° _____

datos del beneficiario

Nombre de(1) _____

(adjuntar constancia bancaria con titularidad de CBU)

CUIT / CUIL _____

El importe resultante de la indemnización que me/nos corresponda/n percibir a raíz del hecho ocurrido a:

o, en su defecto, para que esa misma cifra sea transferida sobre la mencionada filial, para ser abonada exclusivamente (1):

2 - RECIBO DE INDEMNIZACIÓN

Dejo/dejamos constancia que con la suma que se acreditará/transferirá, se cubren todas las indemnizaciones que legal o convencionalmente me/nos corresponde/n, quedando de esta manera totalmente cumplidas las obligaciones que a cargo de la citada emergen de las Condiciones Generales de la precitada póliza y/o de la Cláusula de Incapacidad Total o Permanente, anexada a las Condiciones Generales, no teniendo nada que reclamar a la misma por ningún concepto, sirviendo el comprobante del depósito/transferencia efectuado/a, debidamente intervenido por la emisora de la operación como suficiente y único recibo de pago.

3 - DECLARACIÓN JURADA DE HEREDEROS LEGALES (*)

Para todos los efectos legales derivados de la indemnización a percibir en concepto de Seguro de Vida contratado con Provincia Seguros S.A. el/los abajo firmante/s manifiesta/manif estamos, con carácter de declaración jurada, ser único/s y universal/es heredero/s de:

haciéndome/haciéndonos civilmente responsables por la inexactitud de esta manifestación y asumiendo la formal obligación de restituir toda suma indebidamente percibida al primer requerimiento que se formule, con su pertinente actualización por desvalorización monetaria en caso de corresponder, e intereses legales.

Lugar y Fecha _____

4 - FIRMA DE LOS BENEFICIARIOS Y/O HEREDEROS LEGALES

APELLIDO Y NOMBRES	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
datos del beneficiario			X

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

(1) Deberá consignarse el nombre de uno de los firmantes

(*) La parte 3 "Declaración Jurada de Herederos Legales" deberá ser completada sólo en caso de que los beneficiarios sean los Herederos Legales del causante

Firma y Sello DEL Contratante o Certificante

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

(RESOLUCION 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:

Sujeto Obligado - Ley 25248: 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:

Sujeto Obligado - Ley 25248: SI NO

Facturación Mensual Acumulada: Hasta 30 millones / Entre 30 y 150 millones / Más de 150 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 Expuesta 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 Escribana/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 Escribana/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 Escribana/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 ☐ cumplo/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.) indicar si o no

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.

sigue ↓

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 bien/es asegurado/s y/o pago de las primas resulta lícito y se corresponde con la actividad o ingresos declarados. Asimismo me comprometo de 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 Jurídica 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: