

# CONTINUACIÓN

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD DE CONTINUACIÓN



CONTINUACIÓN N°: .....

A Provincia Seguros S.A.:

Solicitante, de acuerdo con las Condiciones Generales y/o Especiales de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, que declara conocer, y en la que me encuentro encontraba comprendido, 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  ADICIA  MEDIO DE PAGO BOLETA

### datos de la persona que continúa con el seguro

**DATOS DEL SOLICITANTE**

RESERVA NUMERO: \_\_\_\_\_ TIPO DOC. NUMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ NUMERO CURT: \_\_\_\_\_ CONDICION FRENTE AL IVA: 

BT	EA	BT	CF
----	----	----	----

APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ DIRECCION EMAIL: \_\_\_\_\_ DE LABORAL: 

REL DEP	AUTON
---------	-------

SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFESION O ACTIVIDAD: 

ABOGADO	BIODIVERSIDAD	ARLADO	INGENIERIA	ESTADISTA	OTROS
---------	---------------	--------	------------	-----------	-------

 N° INGRESOS BRUTOS: \_\_\_\_\_ AQ. RET.: \_\_\_\_\_

**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)	DESOR	VISTA
PRESTÓ SERVICIOS DESDE				
PERDIÓ HABERES HASTA				
PRIMAS COBRADAS HASTA				
SOLICITUD PRESENTADA EL				
ESTADO DE BAJA EN EL SEGURO COLECTIVO				
INGRESO PRIMAS A LA COMPAÑÍA HASTA				

Confirmamos 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

### TALÓN 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

Talón para el Asegurado

**datos de la persona asegurada**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ TIPO DOC. \_\_\_\_\_ NÚMERO DOC. \_\_\_\_\_ Nº CUIL \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DEPTO. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ ES ZURDO?

INSTITUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	%	TÉRMINO
<b>datos de las personas beneficiarias</b>							

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.

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

**X firmar**  
Firma Asegurado Titular / Cónyuge

Certificación del Contratante

PROVINCIA Seguros S.A. - Carlos Pellegrini 11 E 8068BAJ Cap. Fed. - Tel: 4346-1300 - Fax: 4346-1321 - CUIT: 30-5270286-6

Grupo Provincia

DATOS DEL TITULAR  CÓNYUGE

PÓLIZA **no completar**

CERTIFICADO N° n° de legajo

Talón para el Asegurado

**datos de la persona asegurada**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ TIPO DOC. \_\_\_\_\_ NÚMERO DOC. \_\_\_\_\_ Nº CUIL \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DEPTO. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ ES ZURDO?

INSTITUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	%	TÉRMINO
<b>datos de las personas beneficiarias</b>							

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.

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

**X firmar**  
Firma Asegurado Titular / Cónyuge

Certificación del Contratante

PROVINCIA Seguros S.A. - Carlos Pellegrini 11 E 8068BAJ Cap. Fed. - Tel: 4346-1300 - Fax: 4346-1321 - C.U.I.T.: 30-5270286-6

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 asignaciones.

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 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.

Completar los puntos I y IV

**FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

(Resolución UIF N° 28/2018)

CLIENTE NRO: \_\_\_\_\_ DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_

**I - Personas Físicas / Apoderado o Representante de Persona Jurídicas / Funcionario Interviniente**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
 Tipo y Nro. de Documento DNI  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Identificación Tributaria: CUIL  CUIT  CDI  Nro: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Real: Calle \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tipo y Nro. de Documento Cónyugue: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Profesión, oficio, industria o actividad: \_\_\_\_\_  
 Fuente/s de Ingreso: \_\_\_\_\_

datos de la persona que continúa con el seguro

Sujeto Obligado - Ley 25246: SI  NO   
 Ingresos Mensuales Acumulados: Menor a 50 mil  Entre 50 mil y 100 mil  Más de 100 mil

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 Manifestación de Bienes y/o Certificación de Ingresos y/o podrá aportar Declaración Jurada de Impuesto a las Ganancias y/o Bienes Personales y/o Impuesto al Valor Agregado (por lo menos 3 meses) SI  NO

**II - Personas Jurídicas / Organismos Oficiales**

Denominación o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Inscripción registral. Fecha : \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ CUIT / CDI: \_\_\_\_\_  
 Fecha del contrato o escritura de constitución: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Legal: Calle \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Industria o actividad principal: **NO COMPLETAR**  
 Sujeto Obligado - Ley 25246: SI  NO   
 Facturación Mensual Acumulada: Menor a 300 mil  Entre 300 mil y 1 millón  Entre 1 millón y 4 millones  Más de 4 millones

ACCIONISTAS - DUEÑOS - AUTORIDADES - REPRESENTANTE					
Autoridades			Titularidad del Capital Social		
Apellido y nombre	Cargo	N° de Documento	Nombre o Denominación	Ejerce Control	% de Titularidad

Sigue ↓

Identificar a la/s Personas Físicas que directa o indirectamente ejerzan el control real de la persona de existencia jurídica:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento  DNI  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento  DNI  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_

**ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

- Copia del Estatuto Social actualizado, certificada por Escribano Público o por el funcionario interviniente de Provincia Seguros. SI  / NO
  - Copia del Acta del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma social, certificada por Escribano Público o por el funcionario interviniente de Provincia Seguros receptor del mismo. SI  / NO
  - Acta y/o poder, del cual se desprende el carácter de Representante Legal / Apoderado que firma el presente, certificada por Escribano Público o por el funcionario interviniente de Provincia Seguros receptor del mismo. SI  / NO
  - Copia del documento de identidad (D.N.I./ Pasaporte) del Representante Legal / Apoderado que firma el presente. SI  / NO
- Completar la Sección I de este formulario con los datos del Representante Legal / Apoderado / Funcionario Interviniente que firma el presente.
- Constancia de Inscripción ante AFIP. SI  / NO
  - Estados Contables (auditados por Contador Público y certificados) y/o Certificación de Facturación y/o Ingresos Anuales informados por Contador Público y/o podrá aportar Declaración Jurada de Impuesto a las Ganancias y/o Impuesto al Valor Agregado (por lo menos 6 meses). SI  / NO
  - Presupuesto Asignado (para el caso de Organismos Oficiales). 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.)**

El que suscribe, \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI  / NO  me encuentro incluido/a y/o alcanzado/a 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.

Declaro bajo juramento que las informaciones consignadas en este instrumento resultan exactas y que el origen de los fondos para la adquisición del/los bien/es asegurado/s y/o pago de las primas resulta lícito y se corresponde con la actividad e ingresos declarados. Asimismo me comprometo de informar cualquier modificación de la información declarada en el presente formulario.

**datos y firma de la persona que continúa con el seguro**

X

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha

Sigue ↓

Indicar lo que  
corresponda.  
Nivel 19 o más,  
se consideran  
políticamente  
expuestos.



**Anexo- Formulario de identificación y conocimiento del cliente**

CLIENTE NRO.:

DENOMINACIÓN:

**I-Composición del Órgano de Administración (informar la totalidad de los miembros que lo componen)**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ CUILCUIL Nro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Doc.: **DNI** Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PEP: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Profesión, oficio, industria o actividad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ CUILCUIL Nro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Doc.: **DNI** Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PEP: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Profesión, oficio, industria o actividad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ CUILCUIL Nro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Doc.: **DNI** Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PEP: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Profesión, oficio, industria o actividad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ CUILCUIL Nro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Doc.: **DNI** Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PEP: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Profesión, oficio, industria o actividad: \_\_\_\_\_

## II - 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 "NO", informo los bienes con sus correspondientes titulares en el siguiente cuadro:

Identificación del Bien	Titular del Bien	
	Razón o Nombre y Apellido	CUIT / Documento
<b>NO COMPLETAR</b>		

## III - Identificación del medio de pago y/o pagador de las primas

Las primas son pagadas con cheques propios o CBU o Tarjeta de Crédito cuyo titular es el tomador de la póliza SI  NO

En caso de que la respuesta sea "NO", informar qué medio de pago se utiliza y su titular :

CBU / N° de Tarjeta	Titular	DNI	Relación

\* Adjuntar el comprobante de CBU o copia del frente de tarjeta de crédito, de corresponder

**Declaro bajo juramento que las informaciones consignadas en este instrumento resultan exactas y me comprometo de informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 15 días de producida la modificación.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha