

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.

datos de la persona fallecida						Fecha
Apellido y Nombres completos del Asegurado fallecido						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	
datos de los beneficiarios que solicitan el seguro						
Apellido y Nombres de los Beneficiarios		C.U.I.L. Nº / C.U.I.T Nº	Parentesco	Tipo Doc.	Número Doc.	F. de Nacimiento
1º						
2º						
3º						
4º						
Domicilio		Localidad	Provincia	C. Postal	Teléfono	Mail de los Beneficiarios
1º						
2º						
3º						
4º						
firma de todos los beneficiarios						
FIRMA BENEFICIARIO 1		FIRMA BENEFICIARIO 2		FIRMA BENEFICIARIO 3		FIRMA BENEFICIARIO 4
OBSERVACIONES						

Surge del Acta de defunción

Mail del Contratante: _____

_____ Lugar y Fecha Firma autorizada y Sello aclaratorio

PR-SN-002/01

PROVINCIA Seguros SA - Carlos Pellegrini 71 (C1009AB4) Cap. Fed - Tel: 4348-7300 - Fax: 4348-7337 - C.U.I.T: 30-62750818



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° _____ SINIESTRO N° _____

NO COMPLETAR

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/manifestamos, 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

“Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente”

El / la (1) que suscribe, **nombre completo del beneficiario**
(2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI** **NO** (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la “Nómina de Personas Expuestas Políticamente” aprobada por la Unidad de Información Financiera (registro RG-PLA 001), que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____
Además, asume 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.

Documento. Tipo (3) _____ N° _____
País y Autoridad de Emisión: _____
Carácter invocado (4): _____
CUIT/CUIL/CDI (1) N°: _____

Observaciones: _____

Lugar y fecha: _____ Firma: **X** _____

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Integrar con el nombre y apellido del cliente, aun cuando en su representación firme un apoderado. (3) Indicar DNI para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. (4) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.

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