

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							
				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 N°		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. N° / C.U.I.T N°		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

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



(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

Cada beneficiario debe completar 1 formulario. Solo 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.: _____
Pais: _____ Correo Electrónico: _____
Estado Civil: _____ Tipo y Nro. de Documento Cónyuge: _____ Nro: _____ Teléfono: (____) _____
Profesión, oficio, industria o actividad: _____
Fuente/s de Ingreso: _____

datos del beneficiario

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: _____
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

NO COMPLETAR

ACCIONISTAS - DUEÑOS - AUTORIDADES - REPRESENTANTE

Autoridades			Titularidad del Capital Social		
Apellido y nombre	Cargo	N° de Documento	Nombre o Denominación	Ejerce Control	% de Titularidad
	Representante				
	Representante				

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 conste el carácter e identidad del poderado 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 de los bienes declarados es lícito y se corresponde con la actividad e ingresos declarados. Asimismo me comprometo de informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 5 días de producida tal modificación.

X

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha

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
NO COMPLETAR		

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