

## Formulario de Alta de Cliente (Resolución N° 202/2015 de la U.I.F.)

### 1 - Personas Físicas

#### A - Datos del Cliente (Tomador o en su defecto Asegurado)

Nombre y Apellido completos:		
Tipo y número de documento:		Nacionalidad:
C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I.:		Estado civil:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M - F
Domicilio real (calle y número):		
CP:	Localidad:	Provincia:
Correo electrónico:		Teléfono:
Profesión / Actividad principal/Industria/Comercio:		
Con prima anual igual o mayor a \$90.000 :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjuntar copia de Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica, Libreta de Enrolamiento y/o Pasaporte.</li> </ul>		

#### B - Declaración Jurada

**Completar** la Declaración Jurada sobre licitud y origen de fondos (**Punto 5**) y Persona Expuesta Políticamente (**Punto 6**)

#### C - Datos del Apoderado, Tutor, Curador o Representante Legal

Para el apoderado, tutor, curador o representante legal completar los datos del Punto 1 (A) y adjuntar copia certificada del poder invocado.

### 2 - Personas Jurídicas / Asociaciones / Fundaciones / UTE / Agrupaciones de Colaboración Empresarial Consortios de Cooperación / Otras organizaciones o entes con o sin personería jurídica

#### A - Datos de la entidad (Tomador o en su defecto Asegurado)

Razón Social:		C.U.I.T / C.D.I:
Domicilio legal (calle y número):		
CP:	Localidad:	Provincia:
Correo electrónico:		Teléfono de la sede social:
Actividad principal:		
Número y Fecha de inscripción registral:		Fecha del contrato o escritura de constitución:

#### B - Datos de las Autoridades, Apoderado, Representante Legal y Autorizados con uso de firma ante la Cía.

Completar un formulario para cada uno, con los datos del Punto 1 - Personas Físicas. En caso de primas acumuladas anuales superiores a \$160.000, adjuntar copia del poder invocado.

#### C - Declaración Jurada

**Completar** la Declaración Jurada sobre licitud y origen de fondos (**Punto 5**) y Persona Expuesta Políticamente (**Punto 6**)

#### D- Adjuntar copia de la siguiente documentación

Adicionalmente, para pólizas con prima anual igual o mayor a \$160.000 adjuntar:

- Copia del Estatuto Social Actualizado, certificado por el Sujeto Obligado o por Escribano Público.
- Listado de socios que ejercen el control de la sociedad y Listado con la titularidad del Capital Social.
- Copia del Acta del Órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma social, certificadas por Escribano Público o por el mismo Sujeto Obligado.

### 3 – Organismos Públicos

#### A - Datos requeridos

Nombre de la dependencia:		
C.U.I.T.:		Teléfono:
Domicilio legal (calle y número):		
CP:	Localidad:	Provincia:
Nombre y apellido completos del funcionario interviniente:		
Tipo y número de documento:		C.U.I.L.:
Domicilio real (calle y número):		

#### B- Adjuntar copia de la siguiente documentación

- Copia certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente.

### 4 – Fideicomisos

#### A - Datos requeridos

Para el fiduciario, fiduciante, beneficiario y fideicomisario completar los datos del Punto 1 o 2 según corresponda (utilizar tantos formularios como sujetos intervengan).

### 5 – Declaración Jurada sobre licitud y origen de fondos

#### Sólo para los Sujetos del Punto 1, 2 y 4

Por la presente hago saber, en carácter de Declaración Jurada sobre la licitud y origen de los fondos que se han de aplicar para el pago de las primas, que provienen de la actividad consignada en la presente.  
(art. 13 punto II inc. C) de la Resolución N° 230/2011 de la Unidad de Información Financiera del 12/12/2011)

Firma y aclaración: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

### 6 – Declaración Jurada - Persona Expuesta Políticamente – Resolución N° 11/2011 de la U.I.F.

#### Para los Sujetos del Punto 1, 2 y 4

El/la (1) 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** (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que he leído y suscripto. En caso afirmativo completar la información del formulario PEPS.

(1) Tachar lo que no corresponda

En los términos del artículo 6 de la ley N° 25.326 informamos que los presentes datos son recolectados en función de la propuesta de seguros que por este medio se formaliza.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley N° 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



**PARANA  
SEGUROS**

## PROPUESTA DE SEGURO INTEGRAL DE CONSORCIO

**Productor:**

**Código:**

**POLIZA NUEVA**

**RENOVACION**

**ENDOSO**

### Datos del Asegurado

**Razón Social / Denominación:**

**IVA:**

**CUIT/CUIL:**

**Domicilio:**

**Calle:**

**Numero:**

**Piso**

**Dto:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**Código Postal:**

**Teléfono:**

**E-mail**

**Vigencia Desde:**

**Hasta:**

### Descripción y Ubicación del Riesgo Cubierto

1. Descripción: Ocupación (A – B o C) – TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA ( x

A - Ocupado por Familias con o sin locales en Planta Baja;

B - Ocupado por Oficinas con o sin locales en Planta Baja;

C - Ocupado por Familias y Oficinas con o sin locales en Planta Baja

2. Cantidad de Plantas:

Cantidad de Locales:

3. Ocupación del / los Local/es:

### Ubicación del Riesgo – (Completar únicamente si fuera distinta del Domicilio)

**Calle:**

**Numero:**

**Piso**

**Dto:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**Código Postal:**

### Detalle de Riesgos y Sumas Aseguradas:

#### Riesgos Cubiertos

#### Suma Asegurada

Incendio Edificio - Partes Comunes..... \$

Incendio Contenido General – Partes Comunes ..... \$

Robo Contenido General Mobiliario - Partes Comunes..... \$.

Robo Objetos Específicos – Partes Comunes - Con Detalle ( 1 )..... \$

Robo de Matafuegos..... \$

Robo de Luces de Emergencia, C. de Seguridad y/o M. c/Incendio \$

Responsabilidad Civil Comprensiva..... \$

Responsabilidad Civil Garaje..... \$

Cristales..... \$

Accidentes Personales – Pers. Sin Relación de Dependencia ( 2 ).... \$

Robo de Dinero de Expensas en Poder del Encargado..... \$

Daños por Agua al Contenido General – Partes Comunes..... \$

**Prima: \$**

**Premio: \$**

**Nota: Adjuntar impresión cotizador**

### Muy importante

Solo se aceptarán bajo el presente plan Edificios ocupados por familias y/u oficinas con o sin Locales en Planta Baja, quedando excluidos aquellos ocupados por Galerías Comerciales, Depósitos, Negocios y/o Garajes y Edificio que cuenten con Locales destinados a fines partidarios y/o políticos, religiosos y sedes diplomáticas

Se realizarán inspecciones de los riesgos según la ocupación de los locales existentes.

Esta solicitud no obliga a la Compañía ni al Proponente.

### **Detalle de Objetos Específicos (1)**

<b>Tipo de Equipo</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>N° de Serie</b>	<b>Suma Asegurada \$</b>

### **Nomina de Personal ( 2 ) - Seguro de Accidentes Personales –**

<b>Apellido y Nombre</b>	<b>Tipo y N° Doc de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>

Nota: El Personal a Asegurar que preste servicios al Consorcio no deberá tener relación de dependencia laboral en los términos de la Ley de Contrato de Trabajo;

**Lugar:**

**Fecha:**

**Firma:**

**Aclaración:**