

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"> Adjuntar copia de Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica, Libreta de Enrolamiento y/o Pasaporte. 		

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: _____



PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO

Seguros de Personas

Fecha:

SECCION: **Vida Obligatorio** **Vida Colectivo** **Accidentes Personales**
 POLIZA NUEVA **RENOVACIÓN** **ENDOSO**

Datos del Contratante/Tomador

Apellido y Nombre o Razón Social:
 Tipo y N° de Documento: IVA: CUIT/CUIL:
 Nacionalidad: Fecha de Nacimiento:/...../..... Estado Civil:
 Domicilio: Localidad:
 Provincia: Código Postal: Teléfono:
 Actividad Desarrollada (describir detalladamente):.....

Cantidad de Asegurados: (Completar detalle al dorso o adjuntar listado)
 Beneficiarios:
 (Adjuntar los formularios de Designación de Beneficiarios en los casos que corresponda, caso contrario se consignará "Herederos Legales")

Vigencia Desde: Hasta: Plan de Pago:.....

DETALLE DEL RIESGO A CUBRIR

Tipo de Cobertura:	Capital Solicitado por persona:
Vida Obligatorio – Dcto.1567/74	\$ Según Resolución vigente
Convenio Mercantil - Dcto. 130/75	\$ Según Resolución vigente
Peón Rural – Ley 16.600	\$ Según Resolución vigente
Ley Contrato Trabajo	\$
Múltiplos de Sueldos	\$
Deudores	\$
Otros	\$
Acc.Personales Laboral (Muerte e Incapacidad)	\$
Asistencia Médico Farm.	\$
Acc.Personales 24 Hs.	\$
Asistencia Médico Farm.	\$
Otros	\$
Franquicia	\$

PRIMA:\$ Cotizado por:

PREMIO:\$ Autorizado por:

PRODUCTOR: CODIGO: MATRICULA:

** Completar los datos solicitados al dorso



LISTADO DE ASEGURADOS

Item	Apellido y Nombre	Fecha Nacimiento	CUIL	Sueldo	Fecha Ingreso al Empleo	Indicar: Alta/Baja Modificación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Incluye cláusula de NO REPETECIÓN A FAVOR de:

Razón Social	CUIT

La recepción de la presente Solicitud queda sujeta a la aprobación de la Compañía o al pedido de datos ampliatorios y por lo tanto no implica su aceptación.