

## SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL SOLICITUD DE SEGURO

RESERVADO PARA LA EMPRESA

RESERVADO PARA L

CASA O SUCURSAL

AGENTE O LEGAJO

### DATOS DEL ASEGURABLE

NOTA: Se ruega NO OMITIR ninguna respuesta

ESTADO CIVIL: Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  Conviviente

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

SEXO

M F

TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO

Nro. DE CUIT/ CUIL

ENTE

PROFESIÓN U OCUPACIÓN

CORREO ELECTRÓNICO

DOMICILIO

(Aclarar la actividad principal que realiza)

CALLE

Nro.

Piso/Dto

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

Cód. de Área

TELÉFONO

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA (Llenar sólo en el caso que difiera del domicilio anterior)

CALLE

Nro.

Piso/Dto

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

Cód. de Área

TELÉFONO

¿ES EL ASEGURADO ZURDO? SI  NO

**Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente (P.E.P.):** Declaro bajo juramento que los datos consignados como "datos del asegurado" son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI / NO (tachar lo que no corresponda), me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente", aprobada por la unidad financiera que he leído.

En caso afirmativo indicar motivo .....

### ACTIVIDAD RIESGOSA

¿EJERCE UNA ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DEBA CONSIDERARSE PELIGROSA? SI  NO  .....  
(En caso afirmativo especificar)

### DATOS DEL SUSCRIPTOR

(Si no coincide con los datos del asegurado)

ESTADO CIVIL: Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  Conviviente

RAZÓN SOCIAL/ APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

PROFESIÓN, OCUPACIÓN O ACTIVIDAD

(Aclarar la actividad principal que realiza)

SEXO

LUGAR DE NACIMIENTO

TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO

Nro. DE CUIT/ CUIL

M F

DOMICILIO

CALLE

Nro.

Piso/Dto

LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

Cód. de Área

TELÉFONO

VINCULACIÓN CON EL ASEGURABLE

CORREO ELETRÓNICO

**Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente (P.E.P.):** Declaro bajo juramento que los datos consignados como "datos del suscriptor" son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI / NO (tachar lo que no corresponda), me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente", aprobada por la unidad financiera que he leído.

En caso afirmativo indicar motivo .....

FIRMA DEL ASEGURABLE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL AGENTE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

**CONDICIONES DEL SEGURO**

NOMBRE DEL PRODUCTO				DURACIÓN		CAPITAL ASEGURADO INICIAL				MONEDA			
				AÑOS									
CAPITAL ASEGURADO INICIAL EN LETRAS										CUOTA MENSUAL			
FORMA DE PAGO				OPCIÓN DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO									
ANUAL		SEMESTRAL		TRIMESTRAL		MENSUAL		SUMA ÚNICA		RENTA CIERTA		RENTA VITALICIA	

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				PARENTESCO				PORCENTAJE			
								%			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				PARENTESCO				PORCENTAJE			
								%			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				PARENTESCO				PORCENTAJE			
								%			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				PARENTESCO				PORCENTAJE			
								%			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				PARENTESCO				PORCENTAJE			
								%			

**DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS QUITAS POR RESCATE**

La siguiente declaración la efectúo al Agente como parte integrante de la propuesta del seguro, actuando este último simplemente como testigo, de acuerdo a lo establecido en la resolución Nro. 27.285 de la Superintendencia de Seguros de la Nación: "Definición: Quitas por rescate es el cargo que deducirá la compañía de su fondo a ahorrado o reserva matemática cuando usted rescinda la póliza en forma anticipada (rescate) o transforme la póliza en un seguro saldado o prorrogado"

Años de Vigencia cumplidos	Cantidad de cuotas mensuales pagas	Quita por Rescate
0	0 a 11	100%
1	12 a 23	100%
2	24 a 35	100%

Años de Vigencia cumplidos	Cantidad de cuotas mensuales pagas	Quita por Rescate
3	36 a 47	4%
4	48 a 59	2%

A PARTIR DEL 5TO AÑO NO SE EFECTUAN QUITAS POR RESCATE.

Las quitas por rescate se expresan como porcentaje de la reserva matemática calculado a la tasa técnica del 4% anual garantizado. Por la presente declaro conocer y aceptar los porcentajes de quitas por rescate consignados precedentemente.

**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

Autorizo a Provincia Seguros de Vida S.A a debitar de mi tarjeta de crédito/ cuenta abajo especificada los importes correspondientes a las primas de seguro de vida de acuerdo con la periodicidad detallada en esta solicitud de seguro.

**DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA O CUENTA**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS															
TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO				CAJA DE AHORRO BAPRO \$				CUENTA CORRIENTE BAPRO \$				SUCURSAL			
CBU 1- Bloque 1				CBU 2- Bloque 2											
TIPO DE TARJETA															
VISA <input type="radio"/>		VISA BAPRO <input type="radio"/>		MASTERCARD <input type="radio"/>		AMERICAN EXPRESS <input type="radio"/>		CABAL <input type="radio"/>		DINERS <input type="radio"/>					
NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO						OTRA TARJETA DE CRÉDITO									

FIRMA DEL ASEGURABLE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL AGENTE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:



## DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURABLE

Las siguientes declaraciones las efectúo al Agente como parte integrante de la propuesta del seguro, actuando este último simplemente como testigo, previa lectura por ambos, de la siguiente disposición de la Ley Nro. 17.418 (Ley de Seguros) Art. 5: "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

## DATOS DEL ASEGURABLE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO Y Nro. DE DOCUMENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
OBRA SOCIAL	Nro DE AFILIADO	MÉDICO DE CABECERA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOMICILIO		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CASILLA DE CORREO		FECHA DE ÚLTIMA CONSULTA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MOTIVO DE LA ÚLTIMA CONSULTA (Si fue dentro de los últimos 10 años)			
<input type="text"/>			

Lea atentamente esta nota antes de firmarla y comprometerse. Luego de la lectura de la misma, si su estado de salud actual o pasado no registran enfermedades, podrá firmar al pie de la declaración. Si no es así, sírvase solicitar un cuestionario de salud.

### DECLARO:

#### SITUACIÓN ACTUAL

Encontrarme comprendido en alguna de las siguientes relaciones verticales de Estatura (cm) / Peso (kg)

Estatura (cms.)	143-147	148-152	153-157	158-162	163-167	168-172	173-177
Peso (kgs)	37-63	40-67	43-71	46-75	49-79	52-83	55-87
Estatura (cms.)	178-182	183-187	188-192	193-197	198-202	203-207	208-212
Peso (kgs)	58-91	61-95	64-99	67-103	70-107	74-111	78-115

No haber sido tratado o tener conocimiento de haber padecido en los últimos 10 años de:

**Trastornos en los ojos, oídos, nariz o garganta; Neurológicos** (depresión, mareos, desmayos, convulsiones, epilepsia, torpeza al hablar, neuritis, ciática, parálisis o ataque cerebral, o trastornos psíquicos); **Respiratorios** (dificultad para respirar, ronquera o tos persistente, hemoptisis, bronquitis, pleuresia, asma, tuberculosis, enfisema, tumores pulmonares); **Cardiovasculares** (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada, trastornos valvulares cardíacos, dolor en el pecho o angina de pecho, afección coronaria, palpitaciones, arritmias, fiebre reumática, soplos cardíacos, ataques cardíacos, infartos, obstrucciones arteriales periféricas u otras enfermedades cardiovasculares); **Digestivos** (úlceras, gastritis, ictericia, hemorragias digestivas, colitis, diverticulitis, indigestión frecuente, hepatitis A, B, C o de otro tipo, o cualquier otra enfermedad del estómago, de los intestinos, del hígado o del páncreas, o de la vesícula); **Metabólicas y Renales** (tiroides u otras glándulas; azúcar o albúmina en la orina, diabetes, cálculos u otra enfermedad en los riñones, vejiga, próstata o urogenital); **Osteoarticulares** (cojera, amputaciones, reumatismo, artritis, gota, lupus eritematoso o cualquier otro defecto óseo, muscular o articular); **Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer, anemia, leucemia u otras enfermedades de la sangre; Abuso de alcohol o de drogas.**

No estar actualmente sometido a observaciones, tratamientos o medicación por alguna enfermedad.

No tener una discapacidad, no recibir una pensión o jubilación por invalidez ni hallarme bajo licencia laboral por enfermedad.

No haber tenido alguna revisión, lesión, accidente, operación quirúrgica, internación hospitalaria o sanatorial.

No haber tenido conocimiento de:

Padecer SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), o el Complejo relacionado al SIDA.

Tener reacciones sanguíneas positivas para el SIDA o el HIV.

Sido objeto de alguna exclusión, postergación o rechazo ante otras solicitudes de seguros de vida.

**Cuando se trate de mujeres:** afecciones, enfermedades u operaciones de los pechos, útero, ovarios o aparato genital. No estar embarazada.

### PRESPECTIVAS:

No se le ha aconsejado ni tiene pendiente realizar algún análisis, endoscopia, tomografía, resonancia nuclear magnética, hospitalización u operación quirúrgica.

Declaro haber leído y comprendido cada una de las declaraciones arriba establecidas y puedo certificar su exactitud.

Reconozco haber sido advertido de que cualquier declaración inexacta podría perjudicar la apreciación del riesgo y ocasionaría la nulidad o reducción del contrato.

## LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURABLE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL AGENTE

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

**DATOS SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA**¿TIENE OTROS SEGUROS DE VIDA? SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:

<b>COMPañÍA ASEGURADORA</b>	<b>CAPITAL ASEGURADO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>

¿LE FUE RECHAZADO, RECARGADO O POSTERGADO ALGÚN SEGURO DE VIDA? SI  NO ¿TIENE PENDIENTE LA RESOLUCIÓN DE ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO NUEVO O DE REHABILITACIÓN? SI  NO **COOPERACION TRIBUTARIA INTERNACIONAL**

• **El Asegurable / Suscriptor tiene residencia fiscal en un país distinto de Argentina ?** SI  NO   
 En caso afirmativo complete la D.D.J.J. de Cooperación Tributaria Internacional - O.C.D.E..

• **El Asegurable / Suscriptor es una persona Estadounidense conforme a la ley F.A.T.C.A. ?** SI  NO   
 En caso afirmativo , adjuntar formulario W-9 o W-8 del IRS.

**CESION DE DERECHOS A FAVOR DEL ASEGURADO**

Se deja constancia que el tomador/suscriptor (cedente), según la correspondiente solicitud de seguro, por la presente cede a favor del Asegurado (cesionario), los derechos que se especifican en las condiciones Generales de la Póliza en los artículos Referidos al Valor Garantizado, a los Préstamos y a la Participación en las Utilidades. En este sentido, el asegurado de conformidad a los artículos citados será quien podrá solicitar a la aseguradora:

- 1.- La conversión de la póliza en un Seguro Saldado de Suma Reducida, sin pago ulterior de primas, según lo establecido en el artículo 9º, inciso a) de las Condiciones Generales;
- 2.- La Rescisión del Contrato y La liquidación de la póliza por su valor de rescate.
- 3.- Los demás derechos previstos en los artículos citados y en los art. 138 y 141 de la Ley 17.418.

En caso de no ceder los derechos completar el siguiente párrafo.

Yo, ..... deju constancia que contrariamente lo establecido, no cedo los derechos anteriormente descritos.  
(Nombre del Tomador / Suscriptor)

FIRMA DEL SUSCRIPTOR:

ACLARACION:

TIPO Y N° DE DOC:

**TRATAMIENTO DE LA INFORMACION Y DATOS PERSONALES**

Tomo conocimiento que:

Los datos personales brindados a Provincia Seguros de Vida S.A., serán utilizados a los fines de la identificación del cliente y en relación a la cobertura solicitada; los mismos podrán quedar registrados en las bases de datos, libros y Registros de Provincia Seguros de Vida S.A. con Domicilio en Carlos Pellegrini 91 Piso 9 C.A.B.A.

El titular de los datos personales podrá acceder a los mismos en forma gratuita, a intervalos no inferiores a 6 meses salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, conforme lo establecido en el Art 14 Inc.3 de la Ley 25.326

**INFORMACION PARA FINES FISCALES**

Declaro conocer que la información contenida en la documentación obrante en Provincia Seguros de Vida S.A., podrá ser cedida a la AFIP (Agencia Federal de Ingresos Públicos de La Republica Argentina) conforme a la Resolución SSN 38632, en cumplimiento a la Resolución AFIP 3826 y presto mi consentimiento para ello.

**LEY DE CUMPLIMIENTO FISCAL DE CUENTAS EN EL EXTRANJERO (FATCA) DE LOS EE.UU.**

Declaro conocer que Provincia Seguros de Vida S.A. se encuentra registrada ante la Autoridad Fiscal de EEUU el IRS\* (Internal Revenue Service) como Entidad Financiera Extranjera conforme a lo dispuesto en la ley FATCA y acepto que la información contenida en la documentación obrante en Provincia Seguros de Vida S.A., podrá ser cedida al IRS en los supuestos que la mencionada ley resultare aplicable, prestando mi consentimiento para ello.

\* Agencia Federal del Gobierno de los Estados Unidos encargada de la recaudación fiscal y de los cumplimientos de las leyes tributarias.

**DECLARACION JURADA SOBRE LICITUD DE LOS FONDOS**

El suscripto declara bajo juramento que el origen de los fondos que ingresarán a la Compañía resultan lícitos, se corresponden a la actividad declarada y que los datos consignados son verdaderos y se compromete a informar inmediatamente a la Compañía cualquier modificación de los mismos. La Compañía solicitará información adicional, para los supuestos establecidos en la ley 25.246 y sus normas reglamentarias.

El asegurado manifiesta que acepta recibir la póliza y/o cualquier otra documentación relacionada a ella por alguno de estos medios electrónicos: página web institucional: [www.provinciavida.com](http://www.provinciavida.com) o correo electrónico del asegurable/suscriptor anteriormente declarado. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de póliza y/o la documentación relacionada a ella, según corresponda.

EL LLENADO DE LA SOLICITUD NO IMPLICA COBERTURA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Lugar y Fecha:.....

FIRMA DEL ASEGURABLE
ACLARACION:
TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL SUSCRIPTOR
ACLARACION:
TIPO Y N° DE DOC:

FIRMA DEL AGENTE
ACLARACION:
TIPO Y N° DE DOC:

**1 - PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE EXTRANJERAS.**

Son consideradas Personas Expuestas Políticamente Extranjeras, los funcionarios públicos pertenecientes a países extranjeros, que se desempeñen o se hayan desempeñado, en alguno de los cargos que se detallan a continuación: a) Jefe de Estado, jefe de Gobierno, Gobernador, Intendente, Ministro, Secretario, Subsecretario de Estado u otro cargo gubernamental equivalente. b) Miembro del Parlamento, Poder Legislativo, o de otro órgano de naturaleza equivalente. c) Juez, Magistrado de Tribunales Superiores u otra alta instancia judicial, o administrativa, en el ámbito del Poder Judicial. d) Embajador o cónsul, de un país u organismo internacional. e) Autoridad, apoderado, integrantes del órgano de administración o control y miembros relevantes de partidos políticos extranjeros. f) Oficial de alto rango de las fuerzas armadas (a partir de coronel o grado equivalente en la fuerza y/o país de que se trate) o de las fuerzas de seguridad pública (a partir de comisario o rango equivalente según la fuerza y/o país de que se trate). g) Miembro de los órganos de dirección y control de empresas de propiedad estatal. h) Miembro de los órganos de dirección o control de empresas de propiedad privada o mixta; cuando el Estado posea una participación igual o superior al VEINTE POR CIENTO (20%) del capital o del derecho a voto, o ejerza de forma directa o indirecta el control de la compañía. i) Director, gobernador, consejero, síndico o autoridad equivalente de bancos centrales y otros organismos de regulación y/o supervisión. j) Director, subdirector; miembro de la junta, directorio, alta gerencia, o cargos equivalentes, apoderados, representantes legales o autorizados, de una organización internacional, con facultades de decisión, administración o disposición.

**2 - PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE NACIONALES.**

Son consideradas Personas Expuestas Políticamente Nacionales, los funcionarios públicos del país que se desempeñen o se hayan desempeñado en alguno de los siguientes cargos: a) Presidente o Vicepresidente de la Nación. b) Senador o Diputado de la Nación. c) Magistrado del Poder Judicial de la Nación. d) Magistrado del Ministerio Público de la Nación. e) Defensor del Pueblo de la Nación o Defensor del Pueblo Adjunto. f) Jefe de Gabinete de Ministros, Ministro, Secretario o Subsecretario del Poder Ejecutivo Nacional. g) Interventor federal, o colaboradores del interventor federal con categoría no inferior a Director o su equivalente. h) Síndico General de la Nación o Síndico General Adjunto de la Sindicatura General de la Nación; Presidente o Auditor General de la Auditoría General de la Nación; autoridad superior de un ente regulador o de los demás órganos que integran los sistemas de control del sector público nacional; miembros de organismos jurisdiccionales administrativos, o personal de dicho organismo, con categoría no inferior a la de director o su equivalente. i) Miembro del Consejo de la Magistratura de la Nación o del Jurado de Enjuiciamiento. j) Embajador o Cónsul. k) Personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Federal Argentina, de Gendarmería Nacional, de la Prefectura Naval Argentina, del Servicio Penitenciario Federal o de la Policía de Seguridad Aeroportuaria con jerarquía no menor de coronel o grado equivalente según la fuerza. l) Rector, Decano o Secretario de las Universidades Nacionales. m) Funcionario o empleado con categoría o función no inferior a la de Director General o Nacional, de la Administración Pública Nacional, centralizada o descentralizada, de entidades autárquicas, bancos y entidades financieras del sistema oficial, de las obras sociales administradas por el Estado, de empresas del Estado, las sociedades del Estado y el personal con similar categoría o función, designado a propuesta del Estado en sociedades de economía mixta, sociedades anónimas con participación estatal o en otros entes del sector público. n) Funcionario o empleado público nacional encargado de otorgar habilitaciones administrativas, permisos o concesiones, para el ejercicio de cualquier actividad; como así también todo funcionario o empleado público encargado de controlar el funcionamiento de dichas actividades o de ejercer cualquier otro control en virtud de un poder de policía. o) Funcionario público de algún organismo de control de servicios públicos, con categoría no inferior a la de Director General o Nacional. p) Personal del Poder Legislativo de la Nación, con categoría no inferior a la de Director. q) Personal del Poder Judicial de la Nación o del Ministerio Público de la Nación, con categoría no inferior a Secretario. r) Funcionario o empleado público que integre comisiones de adjudicación de licitaciones, de compra o de recepción de bienes, o participe en la toma de decisiones de licitaciones o compras. s) Funcionario público responsable de administrar un patrimonio público o privado, o controlar o fiscalizar los ingresos públicos cualquiera fuera su naturaleza. t) Director o Administrador de alguna entidad sometida al control externo del Honorable Congreso de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 120 de la Ley N° 24.156.

**3 - PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE PROVINCIALES, MUNICIPALES Y DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.**

Son consideradas Personas Expuestas Políticamente, los funcionarios públicos que se desempeñen o se hayan desempeñado en alguno de los siguientes cargos, a nivel Provincial, Municipal o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: a). Gobernador o Vicegobernador, Intendente o Vice-intendente, Jefe de Gobierno o Vicejefe de Gobierno. b) Ministro de Gobierno, Secretario, Subsecretario, Ministro de los Tribunales Superiores de Justicia de las provincias o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. c) Juez o Secretario de los Poderes Judiciales Provinciales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. d) Magistrado perteneciente al Ministerio Público, o su equivalente, en las provincias o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. e) Miembro del Consejo de la Magistratura o del Jurado de Enjuiciamiento, o su equivalente, de las Provincias o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. f) Defensor del Pueblo o Defensor del Pueblo Adjunto, en las Provincias o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. g) Jefe de Gabinete de Ministros, Ministro, Secretario o Subsecretario del Poder Ejecutivo de las Provincias o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. h) Legislador provincial, municipal o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. i) Máxima autoridad de los organismos de control o de los entes autárquicos provinciales, municipales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. j) Máxima autoridad de las sociedades de propiedad de los estados provinciales, municipales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. k) Rector, Decano o Secretario de universidades provinciales. l) Funcionario o empleado público encargado de otorgar habilitaciones administrativas, permisos o concesiones, para el ejercicio de cualquier actividad; como así también todo funcionario o empleado público encargado de controlar el funcionamiento de dichas actividades o de ejercer cualquier otro control en virtud de un poder de policía. m) Funcionario de organismos de control de los servicios públicos provinciales o de la Ciudad de Buenos Aires, con categoría no inferior a la de Director General o Provincial. n) Funcionario o empleado público que integre comisiones de adjudicación de licitaciones, de compra o de recepción de bienes, o participe en la toma de decisiones de licitaciones o compras. o) Funcionario público que tenga por función administrar un patrimonio público o privado, o controlar o fiscalizar los ingresos públicos cualquiera fuera su naturaleza.

**4 - OTRAS PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE.**

Sin perjuicio de lo expuesto en los artículos precedentes, son consideradas Personas Expuestas Políticamente aquellas personas que se desempeñen o se hayan desempeñado en alguno de los siguientes cargos: a) Autoridad, apoderado, candidato o miembro relevante de partidos políticos o alianzas electorales, ya sea a nivel nacional o distrital, de conformidad con lo establecido en las Leyes N° 23.298 y N° 26.215. b) Autoridad de los órganos de conducción de organizaciones sindicales y empresariales (cámaras, asociaciones y otras formas de agrupación corporativa). El alcance comprende a las personas humanas de las mencionadas organizaciones con capacidad de decisión, administración, control o disposición del patrimonio sindical. c) Autoridad, representante legal o integrante de la Comisión Directiva de las obras sociales contempladas en la Ley N° 23.660. El alcance comprende a las personas humanas de las mencionadas organizaciones con capacidad de decisión, administración, control o disposición del patrimonio de las obras sociales. d) Las personas humanas con capacidad de decisión, administración, control o disposición del patrimonio de personas jurídicas privadas en los términos del 148 del Código Civil y Comercial de la Nación, que reciban fondos públicos destinados a terceros.

**5 - PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE POR CERCANÍA O AFINIDAD.**

Son consideradas Personas Expuestas Políticamente por cercanía o afinidad, todos aquellos sujetos que posean vínculos personales o jurídicos con quienes cumplan, o hayan cumplido, las funciones establecidas en los puntos 1° a 4° de la presente. A los fines indicados se consideran los siguientes vínculos: a) Cónyuge o conviviente reconocido legalmente. b) Familiares en línea ascendente, descendente, y colateral hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad. c) Personas allegadas o cercanas: debe entenderse como tales a aquellas personas públicas y comúnmente conocidas por su íntima asociación a la persona definida como Persona Expuesta Políticamente. d) Personas con las cuales se hayan establecido relaciones jurídicas de negocios del tipo asociativa, aún de carácter informal, cualquiera fuese su naturaleza. e) Toda otra relación o vínculo que por sus características y en función de un análisis basado en riesgo, a criterio del sujeto obligado, pueda resultar relevante.

## DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS QUITAS POR RESCATE

La siguiente declaración la efectúo al Agente como parte integrante de la propuesta del seguro, actuando este último simplemente como testigo, de acuerdo a lo establecido en la resolución Nro. 27.285 de la Superintendencia de Seguros de la Nación: "Definición: Quitas por rescate es el cargo que reducirá la compañía de su fondo ahorrado o reserva matemática cuando usted rescinda la póliza en forma anticipada (rescate) o transforme la póliza en un seguro saldado o prorrogado"

Años de Vigencia cumplidos	Cantidad de cuotas mensuales pagas	Quita por Rescate
0	0 a 11	100%
1	12 a 23	100%
2	24 a 35	100%
3	36 a 47	4%
4	48 a 59	2%

A PARTIR DEL 5TO AÑO NO SE EFECTUAN QUITAS POR RESCATE.

Las quitas por rescate se expresan como porcentaje de la reserva matemática calculado a la tasa técnica del 4% anual garantizado. Por la presente declaro conocer y aceptar los porcentajes de quitas por rescate consignados precedentemente.



MIRTA ADRIANA GUIDA  
GERENTE GENERAL  
PROVINCIA SEGUROS DE VIDA S.A

### ProvinFlex

#### COBERTURA ADAPTABLE

Tres coberturas adecuadas a su necesidad:

- **Cobertura A:** Fallecimiento por cualquier causa.
- **Cobertura B: Cobertura A más:**  
Doble indemnización por muerte accidental.  
Pérdidas parciales por accidente.
- **Cobertura C: Cobertura B más:**  
Adelanto del 20% del capital asegurado inicial en caso de diagnóstico de enfermedades graves.  
Triple indemnización en caso de fallecimiento en accidente de tránsito.

### ProvinUltra

#### COBERTURA SUPERIOR

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Doble indemnización por muerte accidental.
- Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.
- Adelanto del 20% del capital asegurado inicial en caso de diagnóstico de enfermedades graves.
- Triple indemnización en caso de fallecimiento en accidente de tránsito.

### ProvinCrece

#### COBERTURA PROGRESIVA

- Capital asegurado creciente al 20% anual acumulativo.
- Cobertura Básica:  
Fallecimiento por cualquier causa.  
Indemnización adicional por muerte accidental (100% del capital inicial).
- Si Usted es menor a 50 años cuenta adicionalmente con cobertura de:  
Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente (Capital inicial).
- Si Usted tiene 50 años o más cuenta adicionalmente con cobertura de:  
Indemnización adicional en caso de fallecimiento en accidente de tránsito (Capital inicial).

### COBERTURA SOLICITADA

PRODUCTO

CAPITAL

CUOTA

Por consultas comuníquese al

0800 666 1616

www.provinciavida.com.ar