

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

EN CASO DE FALLECIMIENTO: TITULAR Y CONYUGE

- [Denuncia de fallecimiento FR-SIN-042](#) firmado por el o los beneficiarios que deban percibir con la correspondiente certificación del contratante.
- **Designación de beneficiarios original.-**
- **Documentación que acredite vínculo del beneficiario con la persona fallecida** (acta de matrimonio actualizada, certificado de nacimiento), aún cuando estos sean instituidos mediante la designación de beneficiarios.
- [Formulario Autorización de pago, Recibo de indemnización y Declaración jurada FR-SIN-035](#). Deberán indicar el pago en cuenta a nombre del o los beneficiarios y adjuntar constancia bancaria con titularidad del CBU. (No puede ser cuenta de terceros, ni cuenta social ya que no admite depósitos).
- **Copia del DNI del o los beneficiarios.-**
- [Formulario Declaración jurada de patria potestad FR-SIN-036](#). Si hubiera beneficiarios menores de edad, son los padres los que percibirán en ejercicio de la patria potestad hasta la suma de \$ 50.000.- y deberán firmar dicho formulario adjuntando copia cotejada con su original del o los certificados de nacimiento de los menores.- Más de \$ 50.000.- se deberá presentar autorización judicial para percibir.- En caso de ser huérfano/s se deberá presentar tutoría con la correspondiente autorización judicial para percibir.-
- **Certificado de defunción** (copia cotejada con su original por personal de Provincia Seguros S.A. con firma y sello aclaratorio, por el Registro de las Personas, o por escribano).-
- **Últimos cuatro recibos de haberes del titular.-**
- ❖ **En caso de fallecimiento por causas traumáticas**, adjuntar copia causa penal completa con resultados toxicológicos y de alcoholemia).-
- **INDEMNIZACION A PERCIBIR POR CADA BENEFICIARIO IGUAL A \$ 450.000.- O SUPERIOR.**

En cumplimiento de la Resolución N° 230/11 dictada por la Unidad de Información Financiera, los siniestros cuya indemnización alcance o supere la suma de \$ 450.000.- a percibir por beneficiario –distinto del asegurado o tomador del seguro-, será necesario que el mismo cumplimente los siguientes formularios, a saber:

- **FORMULARIO DE IDENTIFICACION Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**
- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

EN CASO DE INCAPACIDAD:

- [Denuncia de incapacidad FR-SIN-044](#) firmado por el asegurado y por el contratante.-
- [Informe Médico FR-SIN-045](#) cumplimentado por el médico tratante.-
- **Acta de Cese laboral.**- (copia cotejada con su original).-
- **Antecedentes médicos** (Historia clínica, radiografías, estudios médicos, etc.) Dictamen de Auditoría médica de la Junta de Reconocimiento Médico.
- [Formulario Autorización de pago, Recibo de indemnización y Declaración jurada FR-SIN-035](#). Deberán indicar el pago en cuenta a su nombre y constancia bancaria del CBU. (No puede ser cuenta de terceros)
- ❖ En caso de tratarse de una persona inhabilitada para administrar sumas de dinero, se deberá presentar curatela con la correspondiente autorización judicial para percibir.-
- **Últimos cuatro recibos de haberes del titular** (del mes del cese laboral o inmediato anterior, o en caso de accidente del mes que ocurrió el mismo según corresponda)
- **Copia del DNI.**-