

Formulario de Interés asegurable / Cambio de Beneficiario

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA)

A efectos de acreditar la existencia de interés asegurable (Art. 2 de la Ley de Seguros Nro.17418) bajo la póliza que se solicita mediante la solicitud cuyo número se indica precedentemente, declaro bajo juramento la información que señalo a continuación:

Nro. Solicitud / Nro. Póliza: _____

1. DATOS DEL TOMADOR

Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____

C.U.I.L. C.U.I.T. C.D.I. N°: _____ - _____ - _____

Apellido: _____

Nombres: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Profesión: _____ Sexo: M F

E-mail: _____

Domicilio real: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

2. DATOS DE BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Orden	%	Fecha de Nacimiento	Relación / Parentesco	Tipo y Nro. de Documento

En caso de que la relación con alguno de los beneficiarios sea amigo/a, por favor complete el punto 4.

3. A COMPLETAR POR EL TOMADOR

a) ¿Qué consecuencia económica provocaría en sus beneficiarios un eventual siniestro? Explique: _____

b) ¿En función de qué parámetro fue determinado el capital asegurado?: _____

4. DATOS DE SU AMIGO/A

Apellido: _____ Nombre: _____

¿Existe dependencia financiera?: SI NO

¿Cuánto tiempo hace que conoce a su amigo/a? _____

¿Por qué designa como beneficiario de su póliza a su amigo/a?:

Por ser incapacitado Por ser indigente Por convivir Desde cuándo conviven: _____

Por ser mi pareja Duración de la relación: _____

Otros motivos Aclarar: _____

¿Por qué motivos no designa como beneficiario(s) a su(s) familiar(es)?: _____

Firma del Tomador	Aclaración del Tomador
-------------------	------------------------

"LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY 25.326, SEGÚN DECRETO 1558/01, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".