

Solicitud UIF - Identificación del Beneficiario

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

Declaración referente a la información exigible según la Resolución 28/2018 y sus modificatorias de la Unidad de Información financiera, Ley 25.246.

Póliza Nro.: _____ Póliza Nro.: _____

1. VÍNCULO CON EL ASEGURADO O TOMADOR DEL SEGURO, SI LO HUBIERE

2. CALIDAD BAJO LA CUAL COBRA LA INDEMNIZACIÓN

- a) Titular del Interés Asegurado
- b) Beneficiario Designado o Heredero Legal
- c) Cobro en cumplimiento de una Sentencia Judicial Condenatoria
- d) Cesionario de los derechos de la póliza
- 1) Causa que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios _____
- 2) Vínculo que une al asegurado, o tomador del seguro, con el cesionario o beneficiario _____
- e) Otros conceptos que resulten de interés _____

3. DATOS DE QUIEN PERCIBE LA INDEMNIZACIÓN - BENEFICIARIO

A) Persona Física

Apellidos: _____

Nombres: _____

Domicilio real: Calle: _____ N°: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (____) _____-_____

E-mail: _____

Fecha de Nacimiento: ____-____-____ Edad: ____ años Sexo: M F Estado Civil: S C D V

Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____

Profesión: _____

B) Persona Jurídica

Denominación o Razón Social: _____

Fecha de Inscripción Registral: ____-____-____ Nro. de Inscripción Registral: _____

CUIT CDI Nro.: ____-____-____

Domicilio Legal: Calle: _____ N°: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono Sede Social: (____) _____-_____

E-mail: _____

Actividad Principal Realizada: _____

Datos del Representante Legal

Apellidos: _____
Nombres: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____
Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
E-mail: _____
Fecha de Nacimiento: ____-____-____ Edad: ____ años Sexo: M F Estado Civil: S C D V
Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____

FECHA:	FIRMA DEL BENEFICIARIO:	ACLARACIÓN DEL BENEFICIARIO:
--------	-------------------------	------------------------------

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.