

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. 17.418) bajo la póliza que se solicita mediante la solicitud cuyo número se indica precedentemente, declaro bajo juramento la información que señalo a continuación:

1. DATOS DEL TOMADOR

N° de Póliza: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Documento Tipo: DNI LE LC CI PAS N°: _____CUIT CUIL CDI Nro.: _____ - _____ - _____

Apellido/Razón Social: _____

Nombre: _____

2. DATOS DE BENEFICIARIOS

Opciones: Tomador Declaración de Beneficiarios Herederos Legales

En el caso que el Beneficiario sea una persona jurídica distinta del Tomador,
completar solamente los campos grisados.

1 > Beneficiario

Orden: _____ Porcentaje: _____ % Relación / Parentesco: _____ Dependencia Financiera SI NO Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____Título: Sr. Sra. Srta. Otros _____

Apellido / Razón Social: _____

Nombre: _____ Ocupación: _____

¿Tiene nombre y apellido anterior? *por ejemplo, apellido de soltera, religiosos, profesionales*: SI NO ¿Es conocido por otro nombre? *por ejemplo: alias* SI NO _____Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M F Estado Civil: S C D V UC ¿Es PEP? SI NO

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____

Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____

C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ País: _____

E-mail: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Celular: (_____) _____ - _____

2 > Beneficiario

Orden: _____ Porcentaje: _____ % Relación / Parentesco: _____ Dependencia Financiera SI NO Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____Título: Sr. Sra. Srta. Otros _____

Apellido / Razón Social: _____

Nombre: _____ Ocupación: _____

¿Tiene nombre y apellido anterior? *por ejemplo, apellido de soltera, religiosos, profesionales*: SI NO

¿Es conocido por otro nombre? *por ejemplo: alias* SI NO _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Sexo: M F Estado Civil: S C D V UC ¿Es PEP? SI NO
Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____
Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____
C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ País: _____
E-mail: _____
Teléfono: (____)____-_____
Celular: (____)____-_____

3 > Beneficiario

Orden: _____ Porcentaje: _____ % Relación / Parentesco: _____ Dependencia Financiera SI NO
Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____
Título: Sr. Sra. Srta. Otros _____
Apellido / Razón Social: _____
Nombre: _____ Ocupación: _____
¿Tiene nombre y apellido anterior? *por ejemplo, apellido de soltera, religiosos, profesionales*: SI NO

¿Es conocido por otro nombre? *por ejemplo: alias* SI NO _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Sexo: M F Estado Civil: S C D V UC ¿Es PEP? SI NO
Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____
Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____
C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ País: _____
E-mail: _____
Teléfono: (____)____-_____
Celular: (____)____-_____

4 > Beneficiario

Orden: _____ Porcentaje: _____ % Relación / Parentesco: _____ Dependencia Financiera SI NO
Documento Tipo: DNI LE LC PAS N°: _____ CUIT CUIL CDI N°: _____
Título: Sr. Sra. Srta. Otros _____
Apellido / Razón Social: _____
Nombre: _____ Ocupación: _____
¿Tiene nombre y apellido anterior? *por ejemplo, apellido de soltera, religiosos, profesionales*: SI NO

¿Es conocido por otro nombre? *por ejemplo: alias* SI NO _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Sexo: M F Estado Civil: S C D V UC ¿Es PEP? SI NO
Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____
Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____
C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ País: _____
E-mail: _____
Teléfono: (____)____-_____
Celular: (____)____-_____

En caso que la relación con alguno de los beneficiarios sea amigo/a, novio/a, o pareja sin convivencia, 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 COMPLEMENTARIOS DE AMIGO/A, NOVIO/A O PAREJA SIN CONVIVENCIA

Amigo/a Novio/a Pareja sin convivencia

Apellido: _____ Nombre: _____

¿Existe dependencia financiera?: SI NO

¿Hace cuánto tiempo que conoce al beneficiario declarado? _____

¿Por qué lo ha designado como beneficiario?:

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".