

"TITULAR"

Designación o Modificación
de Beneficiarios



C.E. del Titular:

Tipo de Seguro: Seguro de Vida
 Seguro de Retiro

Solicitud N°
Producto:

Póliza:

Certificado:

Importante: Para que el presente formulario pueda ser procesado se deberá completar la totalidad de los datos del asegurado.

En casa de necesitar algún dato adicional, comunicarse al 0800-888-9908.

Datos del Tomador *completar en caso de Pólizas Colectivas*

Apellidos y Nombres / Razón Social: GENDARMERIA NACIONAL

Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. 30-54669426-3 Condición IVA: ----

Domicilio real: AV. ANTARTIDA ARGENTINA 1480 cp.: 1104

Provincia: BUENOS AI RES. Localidad: C.A.B.A. Teléfono: (011) 4310-2884

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Fecha de Nacimiento: _____

Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: (_____) _____ Actividad/Ocupación: _____

Designación/Cambio de Beneficiarios

Por la presente, solicito que las personas cuyos nombres figuran a continuación sean consideradas como únicos beneficiarios de mi seguro, desde el momento en que se reciba esta comunicación, quedando anuladas todas las designaciones anteriores.

Recuerde que el total de beneficiarios no puede superar el 100%.

1) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

4) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Si al momento de liquidarse el capital asegurado a las personas detalladas como beneficiarios, alguna/as de ella/s fueron menor de edad, NO deseo que la indemnización correspondiente sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad. En este caso abonar A: _____

(*) Según resolución 202/2015 UIF.

Lugar y Fecha: _____

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

COM-044/3 08/2015

Firma y aclaración del Solicitante

Firma y aclaración del personal interviniente

Teléfono/Fax: _____

Código de sucursal: _____