

<b>Tipo de Seguro:</b> <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Retiro	<b>Solicitud N°</b> _____	<b>Póliza</b> _____	<b>Certificado</b> _____
<b>Producto:</b> _____			

Importante: Para que el presente formulario pueda ser procesado se deberá completar la totalidad de los datos del asegurado.  
En caso de necesitar algún dato adicional, comunicarse al 0800-888-9908.

**DATOS DEL TOMADOR (Completar en caso de Pólizas Colectivas)**

Apellidos y Nombres / Razón Social: \_\_\_\_\_

Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Condición IVA: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos y Nombres : \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_ Relación (\*): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (\*): \_\_\_\_\_

2) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F % \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_ Relación (\*): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (\*): \_\_\_\_\_

3) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F % \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_ Relación (\*): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (\*): \_\_\_\_\_

4) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F % \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_ Relación (\*): \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (\*): \_\_\_\_\_

(\*) Según resolución 50/2008 UIF.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del personal interviniente

Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_

Código de sucursal: \_\_\_\_\_