

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

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 real: CP:

Provincia:
 Localidad:
 Teléfono: ()

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:
 Mail:

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*):

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

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro.
 Relación (*):
 Fecha de Nac.:

Domicilio real: Teléfono : ()

Localidad:
 Provincia:
 CP:
 Mail:

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*):

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

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro.
 Relación (*):
 Fecha de Nac.:

Domicilio real: Teléfono : ()

Localidad:
 Provincia:
 CP:
 Mail:

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*):

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

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro.
 Relación (*):
 Fecha de Nac.:

Domicilio real: Teléfono : ()

Localidad:
 Provincia:
 CP:
 Mail:

Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*):