

Designación de Beneficiarios

Vida



Contratante: _____
 Póliza N°: _____ Vigencia: _____
 Apellido y Nombres Completos: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfonos: _____
 Tipo y Número de Documento: _____ Ocupación: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
 Capital Asegurado: _____

Designación del Beneficiarios

Apellidos y Nombres Completos	T ipo y N° de Doc.	Vínculo	Fecha de Nacimiento	Participación (%)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda retinencia de circunstancias conocidas por el asegurado aún hechas de buena fé, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Solicitante

Sello y Firma del Contratante

Aclaración de Firma _____

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos).

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppnew, link "Ejerza sus derechos".