



DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

DESIGNACION/MODIFICACION DE BENEFICIARIOS SEGURO DE PERSONAS



RAMO	POLIZA	CERTIFICADO	
			SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL: OSTEP													
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI										
CUIT/CUIL NRO.:		3	0	6	8	8	3	6	1	6	8	7		

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES													
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI										

SOLICITO POR LA PRESENTE QUE A PARTIR DE LA FECHA QUEDEN DESIGNADOS COMO BENEFICIARIOS ÚNICOS Y EXCLUSIVOS DE LA PÓLIZA CITADA EN LA REFERENCIA - QUEDANDO SIN EFECTO TODA OTRA DESIGNACIÓN ANTERIOR QUE PUDIERE EXISTIR - LOS SIGUIENTES:

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE	

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
 Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al contratante, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.
 Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

MOTIVOS DE MODIFICACION	(Indicar lo que corresponde)													
	<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO ANTERIOR													
	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTADO CIVIL/MODIFICACION GRUPO FAMILIAR/REASIGNACION DE PORCENTAJES													
	<input type="checkbox"/> FALTA DE DESIGNACION PREVIA													
	<input type="checkbox"/> OTROS (ACLARAR):													

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 "Lograr Compañía de Seguros de Personas S.A.". Declaro haber sido plenamente informado respecto del alcance de la ley 25.326 de Protección de Datos Personales y Dec. Reglamentario 1558/2001, conociendo, entre otros, mis derechos de acceso, rectificación o supresión de datos (art. 6); la facultad de ejercer el derecho de acceso a mis datos personales en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que acredite un interés legítimo al efecto (art. 14); y el derecho a solicitar el retiro o bloqueo, total o parcial, de mi nombre de los bancos de datos (art. 27). Para mayor información remitirse a Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: FECHA:/...../..... FIRMA DEL ASEGURADO ACLARACIÓN DE FIRMA	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia. FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR MATRÍCULA N°
--	--	---