

# Solicitud UIF – Identificación del Beneficiario

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA)

Declaración referente a la información exigible según el Art. 20, Resolución 230/2011 de la Unidad de Información Financiera. Ley 25.246.

Póliza Nro.: ..... Póliza Nro.: .....  
 Póliza Nro.: ..... Póliza Nro.: .....

## 1. DATOS DEL TOMADOR

### A) Persona Física

Apellidos: .....  
 Nombres: .....  
 Domicilio: Calle: ..... Nro.: .....  
 Piso: ..... Depto.: ..... CP: ..... Localidad: .....  
 Provincia: ..... Teléfono: (.....) ..... - .....  
 Correo Electrónico: .....  
 Fecha de Nacimiento: ..... - ..... - ..... Lugar de Nacimiento: .....  
 Nacionalidad: ..... Edad: ..... años Sexo: F  M   
 Estado Civil: S  C  D  V  Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: .....  
 CUIT / CUIL Nro.: ..... - ..... - ..... Profesión: .....

### B) Persona Jurídica

Denominación o Razón Social: .....  
 Fecha de Inscripción Registral: ..... - ..... - ..... Nro. de Inscripción Registral: .....  
 CUIT o CDI Nro.: ..... - ..... - .....  
 Fecha del Contrato o Escritura de Constitución: ..... - ..... - .....  
 Domicilio Legal: Calle: ..... Nro.: .....  
 Piso: ..... Depto.: ..... CP: ..... Localidad: .....  
 Provincia: .....  
 Teléfono de la Sede Social: (.....) ..... - .....  
 Correo Electrónico: .....  
 Actividad Principal Realizada: .....

**Datos del Representante Legal:** Apellidos: .....  
 Nombres: .....  
 Domicilio: Calle: ..... Nro.: .....  
 Piso: ..... Depto.: ..... CP: ..... Localidad: .....  
 Provincia: ..... Teléfono: (.....) ..... - .....  
 Correo Electrónico: .....  
 Fecha de Nacimiento: ..... - ..... - ..... Lugar de Nacimiento: .....  
 Nacionalidad: ..... Edad: ..... años Sexo: F  M   
 Estado Civil: S  C  D  V  Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: .....  
 CUIT / CUIL Nro.: ..... - ..... - .....

## 2. VÍNCULO CON EL ASEGURADO O TOMADOR DEL SEGURO, SI LO HUBIERE

.....  
 .....

### 3. CALIDAD BAJO LA CUAL COBRA LA INDEMNIZACIÓN

- a) Titular del Interés Asegurado
- b) Tercero Damnificado
- c) Beneficiario Designado o Heredero Legal
- d) Cesionario de los Derechos de la Póliza\*
- e) Cobro en cumplimiento de una Sentencia Judicial Condenatoria

(\*) En caso de marcar el punto "d)" deberá completar los siguientes datos: "4. Datos del Cesionario".

### 4. DATOS DEL CESIONARIO

#### A) Persona Física

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: F  M   
Estado Civil: S  C  D  V  Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT / CUIL Nro.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

#### B) Persona Jurídica

Denominación o Razón Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción Registral: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Nro. de Inscripción Registral: \_\_\_\_\_  
CUIT o CDI Nro.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Fecha del Contrato o Escritura de Constitución: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Domicilio Legal: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Sede Social: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Actividad Principal Realizada: .....

**Datos del Representante Legal:** Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: F  M   
Estado Civil: S  C  D  V  Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT / CUIL Nro.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha: / /	Firma del Beneficiario:	Aclaración del Beneficiario:
---------------	-------------------------	------------------------------

"La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25.326, según Decreto 1558/01 tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".