

Esta declaración se formulará por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro, y que fueran designadas como beneficiarios por el Asegurado. Este formulario es individual y en caso de que exista más de un beneficiario designado, deberán cumplimentar cada uno un formulario. Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la declaración será formulada por el albacea o administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el tutor formulará la declaración, sin perjuicio de la intervención judicial si correspondiera. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a otra persona se presentará un testimonio legalizado de acta de defunción del beneficiario fallecido. Cuando el importe del seguro por parte del mismo deba pagarse "a los hijos del asegurado", sin haberse mencionado nombre de los mismos, "o a los herederos legales del asegurado", se presentará declaratoria de herederos en testimonio legalizado. Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a ruego del/la Sr/a ..... por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos. Las tres firmas se harán autenticar por un Escribano Público o autoridad competente del lugar. Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y completa.

Nº de la Póliza ..... Suma Asegurada ..... Fecha de Emisión .....

1. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado .....

2. Residencia del Asegurado desde que contrató el seguro .....

3. Ocupación que tenía en la fecha en que contrató el seguro .....

4. Si hubiere cambiado posteriormente de ocupación:  
¿Cuál fue la nueva ocupación? .....  
¿Desde cuándo la ejerció? .....

5. Lugar de nacimiento del Asegurado ..... Fecha de Nacimiento .....  
(Se adjuntará testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento si la edad del Asegurado no hubiera sido probada ante la Compañía con anterioridad.)

6. ¿De dónde se extrajo la fecha de nacimiento? .....

7. Para completar en caso de fallecimiento por accidente  
a. Causa del fallecimiento .....  
b. Lugar del accidente ..... c. Lugar del fallecimiento .....  
d. Fecha del accidente ..... e. Fecha del fallecimiento .....  
f. Hora del accidente .....  
¿Cómo ocurrió? (le rogamos indique con precisión los detalles del accidente) .....

¿Se instuyó sumario policial?  Si  No

Nombre y dirección del juzgado interviniente .....

(Deberá adjuntarse copia de la causa penal con el dosaje alcohólico y las pericias toxicológicas.)

8. Para completar en caso de fallecimiento por causas naturales  
a. Causa de fallecimiento .....  
b. Lugar de fallecimiento .....  
c. Fecha de fallecimiento .....  
(Deberá adjuntarse información médica relacionada con la enfermedad causante del fallecimiento.)

Datos Personales. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

9. Nombre y residencia de los médicos que hayan asistido al Asegurado durante el año anterior al fallecimiento

10. ¿Desde cuándo conocía al Asegurado? (Indique el número de años)

11. ¿En qué otras compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del Asegurado?

12. ¿En qué carácter o con qué título reclama usted el importe del seguro?

En este acto autorizo a la compañía a obtener en mi nombre toda documentación médica y no médica que se me solicite en relación con el siniestro denunciado, así como a colaborar en la obtención de la misma.

Declaro ante los testigos que firman al pie que lo expresado por mí en este formulario es exacto, según mi leal saber y entender.

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre/s y Apellido/s

Tipo y N° de doc. Fecha de Vto. CUIL/CUIT

Domicilio Ciudad

Provincia Cód. Post. País

Nacionalidad 1 Nacionalidad 2

Fecha de nacimiento Sexo

País de Nacimiento País de Residencia

Teléfono E-mail

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.246) y de conformidad con lo previsto en la Res. 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), se solicita informar la calidad bajo la cual se cobra el mismo de acuerdo con las siguientes opciones (marcar lo que corresponda):

- Titular del interés asegurado     Beneficiario designado o heredero     Cesionario de los derechos de la póliza  
 Tercero damnificado     Otros conceptos:

Podrá consultar el texto completo de las Resoluciones en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

Firma del Beneficiario / Aclaración

Firma del Testigo / Aclaración

Domicilio

Firma del Testigo / Aclaración

Domicilio

Fecha y lugar

Datos Personales. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.