SOLICITUD DE ENDOSO A PÓLIZAS INDIVIDUALES
Cambio de tomador

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Sucursal	Fecha *(dd/mm/aaaa)*
Agente, Productor, Broker u Organizador		Código
Asegurado		Póliza Nº

Por medio de la presente solicito las modificaciones al contrato que detallo a continuación:

☐ Alta de Tomador ☐ Baja de Tomador ☐ Cambio de Tomador ☐ Actualización de Datos del Tomador

PERSONA FÍSICA

Apellido y Nombre		Actividad/profesión	Relación con el Asegurable
Estado Civil	Nº de CUIT/CUIL	Fecha de nacimiento	Sexo ■ M ☐ F
Tipo y Nº de Documento	Fecha de vencimiento	Pasaporte Nº	Fecha de vencimiento
Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	País de residencia	
Domicilio: Calle		Nº / Piso / Depto.	
Localidad	C.P.	Provincia	
Teléfono particular	Teléfono comercial	Email	

¿Está usted sujeto al pago de impuestos en el extranjero? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, indique el país donde tiene residencia fiscal y los números de inscripción fiscal para cada país:

Nº	PAÍS	Nº DE INSCRIPCIÓN FISCAL
1		
2		
3		
4		

Datos adicionales a requerir a la persona que ejerce el control para todo tipo de entidades.(*) (**)

(*) Individuos con más de un 20% de participación social (beneficiario final según la reglamentación de Prevención de Lavado de Dinero.

(**) Aplicable a todo tipo de entidades (activas o pasivas según la Resolución AFIP Nº 3.826).

Nº	PAÍS	Nº DE INSCRIPCIÓN FISCAL	SI NO DISPONE DE UN Nº INDIQUE LA RAZÓN
1			
2			
3			
4			

SOLICITUD DE ENDOSO A PÓLIZAS INDIVIDUALES
Cambio de tomador

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

☐ Razón A: El país o jurisdicción donde el asegurado es residente no emite número de inscripción fiscal a sus residentes.

☐ Razón B: El asegurado no puede obtener el número de inscripción fiscal.

☐ Razón C: El número de inscripción fiscal no es requerido (solo seleccione esta opción si la regulación de la jurisdicción no requiere la recolección de los números de inscripción fiscal de otras jurisdicciones).

Por favor, explique a continuación por qué usted está imposibilitado de obtener el número de inscripción fiscal de su jurisdicción de residencia fiscal.

_____

_____

_____

EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA, FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO DE PERSONA JURÍDICA.

Declaración Jurada Persona Expuesta Políticamente

Habiendo tomado conocimiento de la nómina de Personas Expuestas Políticamente determinada por la Unidad de Información Financiera (ver formulario de Declaraciones UIF – PEP y Sujeto Obligado).
Declaro bajo juramento que ☐ **SI** ☐ **NO** (marcar la opción que corresponda) me encuentro incluido dentro de dicha nómina.
En caso de respuesta afirmativa, indicá el motivo: _____
Me comprometo a informar cualquier modifi-cación que se produzca a este respecto.

Declaración jurada Sujeto Obligado:

Declaro en carácter de declaración jurada que ☐ **SI** ☐ **NO** (marcar lo que corresponda) me encuentro incluido como "sujeto obligado" de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la ley N 25.246.
En carácter de declaración jurada declaro que ☐ **SI** ☐ **NO** (marcar lo que corresponda) he cumplido con las obligaciones que establece el artículo 21 de la Ley Nº 25.246 y las resoluciones complementarias emitidas por la Unidad de Información Financiera.
Adjunto a esta declaración la constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera.

Firme aquí			
	Firma del Asegurado	Aclaración de firma	Tipo y Nº de Documento
	Firma del Tomador actual	Aclaración de firma	Tipo y Nº de Documento
	Controló por Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A.	Firma y sello	

Certificación de firma: el Asegurado ha firmado la presente Solicitud en mi presencia y he verificado su identidad con el original del documento arriba indicado.

Firme aquí			
	Firma de la persona que certifica	Aclaración de firma	Tipo y Nº de Documento

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 por favor comunícate 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.