

Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Retiro	Solicitud N°: _____ Producto: _____	Póliza: _____ Certificado: _____
--	--	-------------------------------------

Importante: Para que el presente formulario pueda ser procesado se deberá completar la totalidad de los datos del asegurado.
En caso de necesitar algún dato adicional, comunicarse al 0800-888-9908.

Datos del Tomador (Completar en caso de Pólizas Colectivas)

Apellidos y Nombres / Razón Social: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☒ CUIT ☐ CDI Nro. 34999032089 Condición IVA: _____
 Domicilio real: _____ CP: _____
 Provincia: _____ Localidad: _____ Teléfono: (____) _____

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres: Porriño Kirroser Juan Ignacio
 Documento: ☒ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. 44.535.030 Fecha de Nacimiento: 18/11/2003
 Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. 20-44539030-4
 Nacionalidad: Argentina Estado Civil: Soltero Lugar de Nacimiento: 25 de Mayo
 Domicilio real: Eduardo Acevedo 226
 Provincia: Buenos Aires Localidad: CABA CP: 1405
 Teléfono: (2345) 455007 Actividad/Ocupación: Analista Funcional

Designación / Cambio de Beneficiarios

Por la presente, solicito que las personas cuyos nombres figuran a continuación sean consideradas como únicos beneficiarios de mi seguro, desde el momento en que se reciba esta comunicación, quedando anuladas todas las designaciones anteriores.
Recuerde que el total de beneficiarios no puede superar el 100%.

1) Apellido y Nombres: Kirroser Morgan Martina Candida Sexo: ☐ M ☒ F % 100
 Documento: ☒ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. 32982688 Relación (*): Madre Fecha de Nac.: 25/04/1996
 Domicilio real: Calle 104 N° 682 Teléfono: (2345) 44 6061
 Localidad: 25 de Mayo Provincia: Buenos Aires CP: 6660
 Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*): _____

2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
 Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Domicilio real: _____ Teléfono: (____) _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*): _____

3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
 Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Domicilio real: _____ Teléfono: (____) _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*): _____

4) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
 Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación (*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Domicilio real: _____ Teléfono: (____) _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Motivo que origina el cambio de Beneficiario (*): _____

(*) Según resolución 230/2011 UIF.

Lugar y Fecha: CABA 20/01/2022

COM-044/1 08/2021

Juan I. Porriño K.
Firma y aclaración del Solicitante

Firma y aclaración del personal interviniente

Teléfono / Fax: _____

Código de sucursal: _____