

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
PÓLIZA DE RETIRO COLECTIVO – ETAPA ACTIVA**

COMPAÑÍA ASEGURADORA	N° DE CERTIFICADO
La Estrella S.A. Cía de Seguros de Retiro	

DATOS DEL TITULAR			
DNI:	APELLIDO/S:	NOMBRE/S:	
CUIL/CUIT/CDI:	SEXO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
TELÉFONO CELULAR: ()	CÓDIGO DE ÁREA: ()	TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO: / /	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	
ACTIVIDAD / OCUPACIÓN:		CORREO ELECTRÓNICO:	
PAÍS DE RESIDENCIA FISCAL: <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> y/u Otro país, indique Nombre del país: _____ Número de Identificación Fiscal: _____			

DATOS DEL DOMICILIO LEGAL			
CALLE:	N°:	PISO:	DPTO:
C.POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	

Recuerde completar todos los campos que apliquen. Estos son obligatorios para el correcto procesamiento de la solicitud.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS				
APELLIDO/S	NOMBRE/S	VÍNCULO	DNI	% ASIGNADO
El presente formulario ANULA y REEMPLAZA a cualquier otro emitido con anterioridad				SUMA = 100%

Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguros que mediante esta Solicitud requiero. En caso de NO designarse Beneficiarios en el formulario **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA COLECTIVA (FOR_036)** para todas las Coberturas Contratadas en la presente solicitud, se tendrá por designados a los Herederos Legales.

La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro, en cumplimiento con lo establecido en las normativas de la Unidad de Información Financiera, podrá requerir toda información y/o documentación adicional que resulte relevante a los efectos indicados.

Todo Formulario de Designación de Beneficiarios presentado con fecha posterior al fallecimiento del Titular del Seguro de Retiro será **NULO**.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son exactos y fiel expresión de la verdad.

_____	_____ / _____ / _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
LUGAR	FECHA (indicar día, mes y año)	NÚMERO TRÁMITE DEL DNI Este número de once dígitos, se encuentra en la parte inferior del DNI.

Los datos proporcionados a La Estrella S.A. Compañía de Seguros de Retiro podrán utilizarse para todos los servicios asociados al Rubro de Seguros. El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, conforme a lo establecido en el Artículo N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. "LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

IMPORTANTE - El presente formulario deberá ser remitido por la página web a través de la Mesa de Entrada Digital. Para más información visite: www.laestrellaretiro.com.ar Sección Personas/Asegurados Activos/Designación de Beneficiarios Activos.