

**MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS
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:
C.POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	

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

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 Modificación de Beneficiarios Designados* 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.

El presente formulario ANULA Y REEMPLAZA a cualquier otro emitido con anterioridad.

_____	/ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
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 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 titular deberá completar todas las hojas que integran este Formulario

