

INSTRUCTIVO
FORMULARIO MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS - PÓLIZA DE RETIRO COLECTIVO - ETAPA ACTIVA



MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS
PÓLIZA DE RETIRO COLECTIVO - ETAPA ACTIVA

COMPañIA ASEGURADORA La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro		N° DE CERTIFICADO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
DATOS DEL TITULAR			
DNI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	APELLIDO/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NOMBRE/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
CUIL/CIUT/CDI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
TÉLEFONO CELULAR: (XXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CÓDIGO DE ÁREA: (XXXX)	TÉLEFONO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
FECHA DE NACIMIENTO: XX / XX / XXXX	LUGAR DE NACIMIENTO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NACIONALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
ACTIVIDAD / OCUPACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		CORREO ELECTRONICO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
PAIS DE RESIDENCIA FISCAL: <input checked="" type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> y/u Otro país, indique Nombre del país: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Número de Identificación Fiscal: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
DATOS DEL DOMICILIO LEGAL			
CALLE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N°: XXXXXXXXXX	PISO: XXXXXXXXXX	DPTO: XXXXXXXXXX
C.POSTAL: XXXXXXXXXXXX	LOCALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	PROVINCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

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.

DATOS DEL BENEFICIARIO DESIGNADO		
DNI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	APELLIDO/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NOMBRE/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
VINCULO CON EL TITULAR: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		% ASIGNADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
MOTIVO QUE ORIGINA EL CAMBIO DE BENEFICIARIO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
CUIL/CIUT/CDI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
TÉLEFONO CELULAR: (XXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CÓDIGO DE ÁREA: (XXXX)	TÉLEFONO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO: XX / XX / XXXX	LUGAR DE NACIMIENTO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NACIONALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ACTIVIDAD / OCUPACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		CORREO ELECTRONICO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PAIS DE RESIDENCIA FISCAL: <input checked="" type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> y/u Otro país, indique Nombre del país: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Número de Identificación Fiscal: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
DOMICILIO ACTUAL - CALLE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
N°: XXXXXXXXXX	PISO: XXXXXXXXXX	DPTO: XXXXXXXXXX
C.POSTAL: XXXXXXXXXXXX	LOCALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	PROVINCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATOS DEL BENEFICIARIO DESIGNADO		
DNI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	APELLIDO/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NOMBRE/S: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
VINCULO CON EL TITULAR: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		% ASIGNADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
MOTIVO QUE ORIGINA EL CAMBIO DE BENEFICIARIO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
CUIL/CIUT/CDI: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
TÉLEFONO CELULAR: (XXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CÓDIGO DE ÁREA: (XXXX)	TÉLEFONO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO: XX / XX / XXXX	LUGAR DE NACIMIENTO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NACIONALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ACTIVIDAD / OCUPACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		CORREO ELECTRONICO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PAIS DE RESIDENCIA FISCAL: <input checked="" type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> y/u Otro país, indique Nombre del país: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Número de Identificación Fiscal: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
DOMICILIO ACTUAL - CALLE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
N°: XXXXXXXXXX	PISO: XXXXXXXXXX	DPTO: XXXXXXXXXX
C.POSTAL: XXXXXXXXXXXX	LOCALIDAD: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	PROVINCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Sr. ASEGURADO recuerde que la sumatoria de los porcentajes asignados a los beneficiarios debe ser igual al 100%

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NUMERO TRAMITE DEL DNI **NOMBRE Y APELLIDO**

Este número de once dígitos, se encuentra en la parte inferior del DNI.

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.

Recuerde completar **todos** los datos solicitados, **incluyendo:**

- Datos del Titular
- Datos del Domicilio Legal

Recuerde completar **todos** los datos solicitados, **incluyendo:**

- Vínculo con el titular
- Motivo que origina el cambio de Beneficiario

Es importante que la sumatoria de los porcentajes asignados a los beneficiarios sea igual al **100%**

Recuerde **COMPLETAR EL NÚMERO DE TRÁMITE DEL DNI**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
LUGAR	FECHA (indicar día, mes y año)	NUMERO TRAMITE 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, Insc 3 de la Ley N° 25.326. "LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, 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".

RECUERDE descargar el Formulario Modificación de Beneficiarios Designados - Póliza de Retiro Colectivo - Etapa Activa (FOR_058) ingresando a través de la Página Web www.laestrellaretiro.com.ar sección Personas/Asegurados Activos/Designación Beneficiarios Activos.