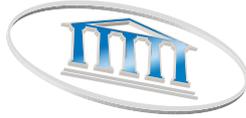


**FORMULARIO INFORMACION ASEGURADO NUEVO PERSONA FISICA**



**INSTITUTO DE SEGUROS S.A.**  
LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS

Buenos Aires, .....de ..... de 20.....

**A - 1. Datos del Cliente (Tomador/Asegurado/Beneficiario/Apoderado)**

<b>Nombre Completo:</b>										
Doc. TIPO:	DNI	LE	LC	PAS.	Nro.	CUIT/CUIL/CDI				
Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad			Fecha de Nac.				
Sexo	M	F	Estado Civil							
<b>DOMICILIO.</b>										
Calle/AV.						Nro.		Piso		Dto.
Localidad			Cod. Postal		Provincia					
Telefono				Celular						
E-mail										
Actividad Principal										

En el caso de que no haya sido entregado a la compañía, adjuntar la siguiente información:

COPIA DE DOCUMENTO	<input type="checkbox"/>
FORMULARIO DE PERSONA PÓLITICAMENTE EXPUESTA	<input type="checkbox"/>
DDJJ SOBRE LICITUD DE FONDOS	<input type="checkbox"/>

**A - 2. Si la póliza fuera con prima anual igual o mayor a \$40.000, completar**

Nombre completo del conyuge .....

Tipo y Nro. de Doc. ....

En el caso de que no haya sido entregado a la compañía, adjuntar la siguiente información:

COPIA DE DOCUMENTO	<input type="checkbox"/>	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 acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14 inc.3 de la Ley ° 25.326.  LA DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Organo 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.
FORMULARIO DE PERSONA PÓLITICAMENTE EXPUESTA	<input type="checkbox"/>	
DDJJ SOBRE LICITUD DE FONDOS	<input type="checkbox"/>	

Declaro que la información contenida en este formulario, es verdadera , completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a INSTITUTO DE SEGUROS S.A. cualquier cambio en la información.

.....  
Firma
Aclaración de Firma