



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

Buenos Aires,de de 20.....

Datos del Cliente (Tomador/Asegurado/Beneficiario)

RAZON SOCIAL												
CUIT/CDI												
DOMICILIO.												
Calle/AV.							Nro		Piso		Dto.	
Localidad				Cod. Postal			Provincia					
Telefono					Celular							
E-mail												
Actividad Principal												
Inscripción Registral					Constitución Soc							

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

DOCUMENTACION

Copia certificada del Estatuto Social Actualizado	
Copias Actas Certificadas del Directorio o equivalente designando autoridades, representante legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma social	
Copia certificada del último balance auditado certificada la firma del contador por el Consejo Profesional respectivo	
Si la póliza fuera con prima anual igual o superior a \$40.000 adjuntar: datos identificatorios, rep. Leg., ap. Y aut. Según A titularidad del capital social (actualizado) y listado de socios que ejercen el control de la sociedad.	

Datos del Cliente (Tomador/Asegurado/Beneficiario/Apoderado)									
Nombre Completo:									
Doc. Tipo	DNI	LE	LC	PAS.	Nro.			CUIT/CUIL/CDI	
Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad			Fecha De Nac.			
Sexo	M	F	Estado Civil						
DOMICILIO.									
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	
FORMULARIO DE PERSONA PÓLITICAMENTE EXPUESTA	
DDJJ SOBRE LICITUD DE FONDOS	

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.

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 proporcionada

.....
Firma

.....
Aclaración de Firma