

Form. PLA 3 - TERCEROS y/o PERSONAS DISTINTAS DEL ASEGURADO/TOMADOR DEL SEGURO

1. DATOS DEL BENEFICIARIO/ CESIONARIO

APELLIDO y NOMBRE o RAZON SOCIAL	<input type="text"/>				
DOMICILIO REAL	<input type="text"/>				Nro. <input type="text"/>
	CALLE				
	Piso <input type="text"/>	Dto. <input type="text"/>	Loc. <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>	
PROVINCIA Y PAIS	<input type="text"/>				
TIPO DE DOC.	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LC	<input type="checkbox"/> LE	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> PAS. N° <input type="text"/>
CUIL / CUIT	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Tel <input type="text"/>
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv. Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NACIONALIDAD	<input type="text"/>				Fecha Nac. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ACTIVIDAD	<input type="text"/>				Lugar Nac. <input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>				
VINCULO c/ASEGURADO o TOMADOR (si lo hubiere)	<input type="text"/>				

2. CALIDAD BAJO LA CUAL COBRA LA INDEMNIZACION

1) Titular del interés asegurado	<input type="checkbox"/>	2) Tercero damnificado	<input type="checkbox"/>	3) Beneficiario designado o heredero legal	<input type="checkbox"/>
5) En cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4) Cesionario de los derechos de la póliza (detallar motivos que originan la cesion)	<input type="text"/>				
Autos caratulados	<input type="text"/>				
Juzgado	<input type="text"/>		Expediente N°	<input type="text"/>	
Documentación	Adjuntar copia certificada de la sentencia y, de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.				<input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL APODERADO, REPRESENTANTE LEGAL o AUTORIZADO CON USO DE FIRMA SOCIAL

APELLIDO	<input type="text"/>				
NOMBRES	<input type="text"/>				
DOMICILIO REAL	<input type="text"/>				Nro. <input type="text"/>
	CALLE				
	Piso <input type="text"/>	Dto. <input type="text"/>	Loc. <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>	
PROVINCIA Y PAIS	<input type="text"/>				
TIPO DE DOC.	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LC	<input type="checkbox"/> LE	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> PAS. N° <input type="text"/>
CUIL / CUIT	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Tel <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NACIONALIDAD	<input type="text"/>				Fecha Nac. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
LUGAR NACIMIENTO	<input type="text"/>				

4. DOCUMENTACION ADICIONAL A PRESENTAR

***COPIA DE DNI *APODERADOS:** Copia del poder acreditando facultades. *** FORMULARIO N°5 DDJJ PEP/SUJETO OBLIGADO**

Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera; pudiendo consultarse también en el sitio www.argentina.gov.ar/uif

"En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero, declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad. Además, asumo el compromiso de informar en forma fehaciente toda modificación que se produzca en cualquiera de los datos aquí informados, mediante la presentación de una nueva declaración jurada."

 Firma del Tercero/ Beneficiario/ Cesionario

 Aclaración

 _____ / /
 Fecha

LA MERIDIONAL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. - Tte. Gral Perón 646 4to. Piso - (C1038AAN) Bs. As. - Tel.: (011) 4909-7000

