

Tomador: _____
Póliza N°: _____ Certificado N°: _____ Producto: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres: _____
Tipo y número de documento: _____
Domicilio: Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Depto.: _____
CP: _____ Localidad: _____ Provincia : _____
Teléfonos: _____ E-Mail : _____

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombres	Tipo y Número de Documento	Fecha de Nacimiento	Relación	Participación (%)

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales. En caso de no designar beneficiarios, se entiende que el beneficio de la póliza se asignará a los herederos legales. Esta designación reemplaza las realizadas anteriormente.

El Art. 5 de la Ley de Seguros No 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado aún hechas de buena fé, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Asegurado: _____

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Colón Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos).

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppdpnew, link "Ejerza sus derechos".