

FORMULARIO DE CAMBIO DE TOMADOR

Fecha: ____/____/____

Póliza N°: _____

Por la presente solicito a SMG LIFE Seguros de Vida S.A., realizar la modificación de la figura de Tomador de la póliza de referencia de acuerdo a los datos consignados a continuación:

ASEGURADO:

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E _____

TOMADOR SALIENTE:

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E _____

NUEVO TOMADOR

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E _____
CUIT / CUIL N° _____
Domicilio: _____
Localidad _____ Provincia: _____
País: _____ Código Postal: _____
Teléfono/s: _____ Celular: _____
E-mail: _____

Actividad principal: _____
Vínculo con el asegurado: _____

Estado civil del nuevo tomador:

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Unión de hecho

Datos de su cónyuge: (completar aún en caso de divorcio, separación, fallecimiento, unión de hecho)

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E _____
CUIT / CUIL N° _____

FORMULARIO DE CAMBIO DE TOMADOR

DATOS DEL NUEVO CANAL DE COBRO:

Autorizo a debitar la suma de \$/US\$ _____ (Pesos/ Dólares _____) de mi Tarjeta de Crédito:

VISA MASTERCARD AMEX DINERS CABAL

Otra: Detallar: _____

N°:

Banco Emisor: _____

Vencimiento: _____ / _____ Código de Seguridad: _____

Autorizo a debitar la suma de \$/US\$ _____ (Pesos/Dólares _____) de mi Cuenta Bancaria:

Apellido y Nombres / Razón Social del Titular de la cuenta: _____

CUIL /CUIT: _____

Banco: _____ Sucursal N°: _____

N° de Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorros Cta. Cte.

N° C.B.U.:

En caso de pago con Tarjeta de Crédito deberá adjuntar copia del frente y dorso de la tarjeta. Para los pagos por descuento de cuenta bancaria, remitir comprobante emitido por el banco o copia del encabezado del extracto bancario donde se verifican los datos del titular de la cuenta especificada.

Fecha en: _____, el día _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN

DNI/LC/LE/CI/PAS

FIRMA DEL TOMADOR SALIENTE

ACLARACIÓN

DNI/LC/LE/CI/PAS

FIRMA DEL NUEVO TOMADOR

ACLARACIÓN

DNI/LC/LE/CI/PAS

IMPORTANTE: La recepción del presente formulario no implica aceptación automática del cambio. Se enviará para su análisis al Departamento de Suscripción de Riesgo quedando sujeto a solicitud de información adicional, de ser necesario.