

FORMULARIO DE CAMBIO DE DOMICILIO

Fecha: ____ / ____ / ____

Póliza N°: _____

Por la presente solicito a SMG LIFE Seguros de Vida S.A., actualizar mi domicilio de acuerdo a los datos consignados a continuación:

Condición: Asegurado Tomador

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____

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

Datos del nuevo domicilio:

Calle: _____ N° _____

Torre/Block: _____ Piso: _____ Depto: _____

Barrio: _____ Manzana/Lote: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Código Postal: _____ Teléfono/s: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Sin otro particular les saluda cordialmente,

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI/LC/LE/CI/PAS