FORMULARIO DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Siniestro Nº	Póliza	Fecha *(dd/mm/aaaa)*

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido completos	DNI

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA Y DEL TITULAR

(Para ser completado solo en el supuesto que sea procedente el pago del beneficio de la cobertura que reclaman(*), por cada beneficiario, y quienes deberán ser los titulares de la cuenta bancaria.)

Nombre y Apellido del titular de la cuenta

Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)*	Sexo ☐ M ☐ F

Tipo y Nº de Documento de Identidad	Nº de CUIL/CUIT/CDI:
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de la entidad bancaria	Sucursal

Tipo y Nº de cuenta bancaria	Nº de CBU
	|_|_|_|_|_|_|_|_| — |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio real o legal:

Calle	Nº	Piso	Depto.

Localidad	C.P.	Provincia	Teléfono de contacto

Email

(*) Entiendo que el hecho del suministro y posterior recepción del presente formulario no será considerado una aceptación del reclamo por parte de la Compañía.

El monto transferido se imputará al pago total y definitivo del importe que me corresponde respecto al siniestro y póliza de la referencia.

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.243) y de conformidad con lo previsto en la Res. 230/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF), se solicita informar la calidad bajo la cual se cobra el mismo de acuerdo con las siguientes opciones (marcar lo que corresponda):

- ☐ Titular del interés asegurado
- ☐ Beneficiario designado o heredero legal
- ☐ Tercero damnificado
- ☐ Cesionario de los derechos de la póliza

Podrá consultar el texto completo de las Resoluciones en el sitio www.uif.gov.ar.

Firme aquí	Firma	Aclaración
	Tipo y Nº Documento	Certificación bancaria de la firma

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500