



Accidentes Personales Personal No Dependiente:

Suma Asegurada:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Los Bienes a asegurar en esta Póliza se encuentran cubiertos por algún/os seguro/s contratado/s en otra Aseguradora: SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indicar cual/es: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:**Tarjeta de Crédito: SI ☐ NO ☐ (en caso afirmativo adjuntar Formulario de Adhesión)

Cantidad de Cuotas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor\_\_\_\_\_  
Firma 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 Allianz Argentina 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/dnmdpnew](http://www.jus.gov.ar/dnmdpnew), link "Ejerza sus derechos".

