

**SOLICITUD DE RENTA VITALICIA  
PÓLIZA DE RETIRO COLECTIVO**

DATOS DEL TITULAR ASEGURADO					
<b>LUGAR Y FECHA:</b>					
<b>APELLIDO/S:</b>			<b>NOMBRE/S:</b>		
<b>DNI:</b>		<b>CUIL/CUIT:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>PAÍS DE RESIDENCIA FISCAL:</b> <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Otro país, si seleccionó esta opción indique: <b>Nombre del país:</b> _____ <b>Número de Identificación Fiscal:</b> _____					
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
<b>DOMICILIO ACTUAL - CALLE:</b>				<b>N°:</b>	<b>PISO:</b>
<b>C.POSTAL:</b>	<b>LOCALIDAD:</b>		<b>PROVINCIA:</b>		
<b>TELÉFONO:</b> ( )			<b>TELÉFONO CELULAR:</b> ( )		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>			<b>ACTIVIDAD/OCUPACIÓN:</b>		
<b>DATOS DEL CÓNYUGE</b>	<b>APELLIDO/S:</b>		<b>NOMBRE/S:</b>		<b>DNI:</b>

Sr. ASEGURADO: Designar sus Beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de Beneficiarios o su designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Usted, tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad (excepto en la RENTA VITALICIA NORMAL EXTENSIVA AL TERCERO DESIGNADO).

**Declaro optar por el tipo de cobertura indicado como NÚMERO: \_\_\_\_\_, de acuerdo con las siguientes alternativas que me han sido ofrecidas:**

**N°1 - RENTA VITALICIA NORMAL:** Sólo para el Titular.

**N°2 - RENTA VITALICIA MAS SEGURO DE VIDA POR 25 MÚLTIPLOS DE LA RENTA:** Permite dejar a los Beneficiarios que previamente se designen, un Seguro de Vida cuyo monto será igual a 25 veces el valor de la última renta cobrada. Con esta opción el valor de la renta se reducirá en aproximadamente un 10% dependiendo esto último de la edad y el sexo del Titular.

**N°3 - RENTA VITALICIA NORMAL EXTENSIVA AL TERCERO DESIGNADO:** Implica otorgar al Beneficiario que previamente se designe, una pensión equivalente al 70% de la última renta cobrada. Con esta opción el valor de la renta se reducirá en aproximadamente un 26%, dependiendo esto último de la edad y el sexo del Titular y del Beneficiario designado.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TITULAR**

\_\_\_\_\_  
**ACLARACIÓN**

**IMPORTANTE - EL ASEGURADO DEBERÁ COMPLETAR Y FIRMAR TODAS LAS HOJAS QUE INTEGRAN ESTE FORMULARIO**

COMPLETAR SÓLO SI OPTÓ POR TIPO DE COBERTURA N° 1				
Datos de los Beneficiarios designados para el Fondo de Excedentes Financieros				
APELLIDO/S	NOMBRE/S	DNI	VINCULO	% ASIGNADO

COMPLETAR SÓLO SI OPTÓ POR TIPO DE COBERTURA N° 2				
Datos de los Beneficiarios designados para el Seguro de Vida				
APELLIDO/S	NOMBRE/S	DNI	VINCULO	% ASIGNADO

COMPLETAR SÓLO SI OPTÓ POR TIPO DE COBERTURA N° 3				
Datos de los Beneficiarios designados para la Renta Extensiva *				
APELLIDO/S:		NOMBRE/S:		
DNI:	CUIL/CUIT:	FECHA DE NACIMIENTO:		
VINCULO CON EL TITULAR (Parentesco, afinidad, otro):				
PAÍS DE RESIDENCIA FISCAL: <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Otro país, si seleccionó esta opción indique:				
Nombre del país: _____ Número de Identificación Fiscal: _____				
LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
DOMICILIO ACTUAL - CALLE:		N°:	PISO:	DPTO:
C.POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:		
TELÉFONO: (        )		TELÉFONO CELULAR: (        )		
CORREO ELECTRÓNICO:		ACTIVIDAD/OCUPACIÓN:		
DATOS DEL CÓNYUGE	APELLIDO/S:	NOMBRE/S:	DNI:	

\* NOTA: el Beneficiario designado podrá ser solamente hasta diez (10) años menor que el Titular.

**Declaro tomar conocimiento y aceptar que:**

- Cada opción de cobertura implica un diferente valor de renta mensual a calcular sobre la base de mi edad y sexo y, en su caso, de la edad y sexo del Beneficiario designado.
- Deberé acompañar la presente solicitud con fotocopia de mi Documento Nacional de Identidad y del/de los Beneficiario/s, y fotocopia del último recibo de sueldo.
- La renta será otorgada de conformidad con lo especificado en este documento y con las condiciones del Plan que me fueran oportunamente entregadas.
- Deberé cumplir con los controles de supervivencia que La Estrella S.A. Cía.de Seguros de Retiro me solicite.
- La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro, en cumplimiento con lo establecido en las normativas de la Unidad de Información Financiera, podrá requerir toda información y/o documentación adicional que resulte relevante a los efectos indicados.

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son exactos y fiel expresión de la verdad.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

El/la (1) que suscribe, \_\_\_\_\_ (2)  
declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel  
expresión de la verdad y que **SI/NO** (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de  
Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Además asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto,  
dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Documento: Tipo (3): \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

País y Autoridad de Emisión: \_\_\_\_\_

Carácter invocado (4): \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL/CDI (1) N°: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por personal autorizado de La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro**

Certifico/Certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros libros/fue  
puesta en mi/nuestra presencia (1).

Firma y sello del Sujeto Obligado o de los funcionarios del Sujeto Obligado autorizados.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(1) Tachar lo que no corresponda.

(2) Integrar con el nombre y apellido del cliente, aún cuando en su representación firma un apoderado.

(3) Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné  
Internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según  
corresponda.

(4) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado  
debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.

**NOTA:** Esta declaración deberá ser integrada por duplicado, el que intervenido por el sujeto obligado  
servirá como constancia de recepción de la presente declaración para el cliente. Esta declaración  
podrá ser integrada en los legajos o cualquier otro formulario que utilicen habitualmente los Sujetos  
Obligados para vincularse con sus clientes.