

Solicitud de rescate parcial

1. Importante

Día _____ Mes _____ Año _____

Sírvase completar este formulario en letra de imprenta. Todos los campos son obligatorios. Le agradeceremos contestar las preguntas con precisión y divulgar toda la información completa. Si no hubiera espacio suficiente para alguna respuesta, por favor continúe en una hoja de papel aparte y adjúntela al presente. En caso de ser necesario nos reservamos el derecho de solicitar más detalles en base a las respuestas brindadas. Así mismo le informamos que ejecutaremos los pagos conforme al contrato, sólo al tomador de la póliza o al beneficiario indicado en el documento contractual respectivo. Los pagos sólo se pueden realizar mediante transferencia a una cuenta bancaria a nombre de dicho tomador y/o beneficiario, según corresponda, y en el domicilio de su residencia (fiscal). Las excepciones podrán ser consideradas por la Compañía dependiendo de los hechos y las circunstancias del caso particular.

2. Detalle de Póliza

Número de Póliza: _____ Plan: _____

Tomador de la Póliza: _____

3. Datos a completar por Personas Físicas o representantes/apoderados de Personas Jurídicas

Nombre y Apellido _____

Lugar de nac. _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Nacionalidad _____

DNI/LE/LC/ Pasaporte N° _____ CUIL/CUIT/CDI N° _____

Domicilio real*: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____ Provincia _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Domicilio de correspondencia: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____ Provincia _____

Código Postal _____

E-mail _____

Estado civil _____ Actividad principal _____

Adjuntar: Fotocopia del documento Nacional de Identidad.

Si el monto de los rescates parciales y/o totales realizados por esta póliza u otras de su titularidad, fuese igual o superior a \$1.800.000 en los últimos doce meses, deberá acompañar información y documentación relativa a la situación económica, patrimonial, financiera y tributaria como manifestación de bienes, certificación de ingresos, declaración jurada de impuestos, etc. según corresponda.

(*) Si el domicilio real difiere de aquel informado previamente deberá adjuntar original o copia certificada de aval de domicilio con fecha de los últimos seis meses. Recuerde que podrá chequear el domicilio por Ud. declarado en www.zurich.com.ar/autogestion.

6. Declaro bajo juramento que Sí No (Indique cual) soy Sujeto Obligado frente a la UIF de acuerdo al Art. 20 Ley 25.246.

Nota: adjuntar constancia de inscripción ante la UIF si es sujeto obligado

En caso de ser Sujeto Obligado declaro bajo juramento que Sí No (Indique Cual) cumpla con las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de activos y Financiación del Terrorismo.

7. Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente. Datos a completar por personas físicas o representantes / apoderados de Personas Jurídicas.

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.

Declaro bajo juramento que SI NO (Indique cual) me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la Nómina de Personas Expuestas Políticamente aprobada por la Unidad de Información Financiera que he leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____
En caso de ser PEP, deberá adjuntar Cuestionario de Origen de Fondos (COF). 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.

8. Intercambio Automático de Información.

Domicilio de residencia fiscal del tomador _____

¿Tiene residencia fiscal en una jurisdicción que no sea Argentina? Sí No

Si eligió SI, complete el siguiente cuadro

¿En qué jurisdicciones tiene residencia fiscal?	Número de identificación tributaria (o número equivalente) Indique "no disponible" si su autoridad fiscal no le ha asignado un número de identificación tributaria	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
 <input type="checkbox"/> No disponible		
 <input type="checkbox"/> No disponible		
 <input type="checkbox"/> No disponible		

¿Es contribuyente, ciudadano o residente de los Estados Unidos? Sí No

Reconozco que la información contenida en este formulario y la información sobre mi cuenta individual pueden ser reportadas a las autoridades fiscales del país en el que esté radicada y ser intercambiada con las autoridades fiscales de otro país o países en los que tenga residencia fiscal. Declaro que todas las afirmaciones contenidas en esta declaración son, a mi leal saber y entender, correctas y completas. Acepto presentar un nuevo formulario en el plazo máximo de 90 días si cualquier declaración incluida en este formulario resultase incorrecta.

9. Rescate

Marque solo una de las opciones

Rescate parcial Monto _____
 Rescate de la Prima Única Rescate Parcial Máximo

Por favor, indique el monto del rescate en la moneda de inversión o su referente en dólares.

Observaciones _____

Tenga en cuenta que, si le destino del dinero rescatado es constituir una nueva póliza, el valor de las unidades al igual que le tipo de cambio utilizado varía diariamente y por lo tanto al momento de transferir fondos de una Póliza a otra, puede haber diferencias entre la cuenta individual de la nueva Póliza y el valor rescatado.

13. A ser completado por el verificador

Certifico que la firma proporcionada pertenece a la persona arriba mencionada.

Firma del verificador aprobado:

Aclaración: _____

Tipo y N° de documento: _____

Productor _____

Matricula S.S.N. N°: _____

Zurich International Life Limited Sucursal Argentina CUIT 30-67965715-8
Cerrito 1010 (C1010AAV) Ciudad de Buenos Aires. Tel: 0800 333 Zurich (987424) www.zurich.com.ar

N° de inscripción en SSN
0541

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN



ZURICH®