

# 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](http://www.zurich.com.ar/autogestion).

## 4. Datos a completar por Personas Jurídicas

Razón Social

---

Fecha y número de inscripción registral: Día Mes Año N°

---

CUIT/CDI

---

Fecha del contrato o escritura de constitución: Día Mes Año

---

Domicilio legal\*: Calle N° Piso Dpto.

---

Localidad Provincia

---

Código Postal Tel. de la sede social

---

Domicilio de correspondencia: Calle N° Piso Dpto.

---

Localidad Provincia

---

Código Postal País

---

E-mail

---

Actividad principal

---

Identificación de las personas físicas que directa o indirectamente ejercen el control real de la persona jurídica:

---

**Adjuntar:** (i) Copia certificada del estatuto social actualizado. (ii) Copia certificada de Actas de designación de autoridades, representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma social. (iii) Copia del registro de acciones (titularidad del capital social). IV) copia DNI y aval de domicilio de 2 ó 4 directores según corresponda a la prima acumulada excediese los montos vigentes en la Compañía.

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 legal 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](http://www.zurich.com.ar/autogestion).

## 5. Datos a completar por Organismos Públicos

Nombre del funcionario interviniente

---

DNI/LE/LC N° CUIL/CUIL/CDI N°

---

Domicilio legal: Calle N° Piso Dpto.

---

Localidad Provincia

---

Código Postal Teléfono

---

E-mail

---

CUIT de la Dependencia

---

Domicilio del funcionario: Calle N° Piso Dpto.

---

Localidad Provincia

---

Código Postal

---

**Adjuntar:** copia certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente.

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](http://www.zurich.com.ar)

N° de inscripción en SSN  
0541

Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)



**ZURICH**®