

Número de Póliza Individual:

Datos del Asegurado

Fecha:

Apellido y Nombres:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Depto.:

C.P.

Localidad:

Provincia:

Teléfono Particular

D.N.I.:

En función de haber alcanzado la edad efectiva de retiro para la constitución de mi renta, según consta en la solicitud original de mi póliza, solicito que la misma sea calculada según la opción señalada más abajo.

Opciones de Renta: *Indique con una cruz la opción por usted seleccionada*

☐

A- Renta Vitalicia Básica

Corresponde a una renta mensual adelantada, en tanto se encuentre el asegurado titular con vida.

☐

B- Renta Vitalicia Extensiva a Sucesor

Corresponde a una renta vitalicia básica, que en caso de deceso del asegurado titular se continúa pagando al sucesor designado, de estar éste aún con vida, la proporción de la renta indicada.

Datos del sucesor: Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento

Porcentaje extensible

☐

50%

☐

70%

☐

100%

☐

C- Renta Vitalicia Temporal

Corresponde a una renta vitalicia básica pero a lo sumo durante el número de años solicitados.

Plazo de Renta Temporal:

☐

1 año

☐

3 años

☐

5 años

☐

10 años

☐

15 años

☐

20 años

☐

D- Renta Vitalicia con Pagos Garantizados

Corresponde a una renta vitalicia básica. Sin embargo, si se produce el fallecimiento del asegurado titular dentro de los años indicados, contados desde el comienzo del pago de las rentas, se continuará con los pagos a favor de los sucesores designados, o en su defecto a los herederos legales, hasta completar la cantidad de años predeterminada.

Datos del sucesor: Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Plazo de Pagos Garantizados:

años (no superior a 10 años)

Medio de cobro: *Indique con una cruz la opción solicitada*

☐

CREDITO EN CTA. CORRIENTE

☐

CREDITO EN CAJA DE AHORRO

Número de Cuenta

Banco de Galicia y Bs. As.

Banco

Los pagos realizados por medio de transferencia electrónica y los depósitos en cheque estan alcanzados por el impuesto al crédito/débito en cuentas bancarias.

La cuenta seleccionada deberá ser exclusivamente de titularidad del asegurado

☐

CHEQUE (Retira en Compañía, únicamente el beneficiario)

Cuando la recepción del presente formulario se produzca antes del día 15 del mes, el momento de devengamiento de la primer renta se realizará dentro de los (5) primeros días hábiles del mes siguiente. Cuando la recepción se produzca entre los días 16 y 31 del mes, el momento de devengamiento de la primer renta se realizará dentro de los (5) primeros días hábiles del segundo mes contado desde el de la recepción. Dichas rentas son de periodicidad mensual y pagaderas en forma adelantada. Tomo conocimiento que Galicia Retiro S.A.U. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con la prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo (Ley 25.246, Resolución UIF 28/2018 y complementarias), comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados. Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía en caso de ser funcionario público (PEPs), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previstos en las Res. 134/2018 de la Unidad de Información Financiera (UIF). Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web www.galiciaseguros.com.ar o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Firmada en

el día

de

de 20

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Ante cualquier duda o consulta comuníquese a nuestro **Centro de Atención al Cliente** al tel/fax **0800-555-9998** de lunes a viernes de 9 a 19hs.