Nº de Solicitud

ADVERTENCIA: Art. 5 de la Ley 17.418, toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Por la presente solicito a ORIGENES SEGUROS DE RETIRO S.A., la emisión de una Póliza de Seguro de Retiro Individual en Dólares cuyas Condiciones declaro conocer y aceptar.

DATOS DEL ASEGURABLE

Apellido y Nombre: _____ C.U.I.T. | C.U.I.L.: _____

Tipo y Número de Documento: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Otro _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Certificado Nº: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Domicilio Fiscal: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

Declaro que SI/NO soy una persona estadounidense para la Ley Fatca. En caso afirmativo completar Formulario FATCA W9

PLAN CONTRATADO

Plan Ahorro

Moneda: **Dolar.**[1]

Edad Normal de Retiro: _____

(1) El contrato será suscripto en dólares estadounidenses, y todas las obligaciones de la póliza se expresarán en dólares estadounidenses. Para el ingreso de primas y para el pago de rescates se utilizará el tipo de cambio vendedor del Banco Nación Minorista de cierre del día anterior a la fecha de ingreso de los fondos o de la liquidación del rescate.

TIPO DE RENTA

Normal

PRIMAS[2]

Derecho de Emisión: _____ Primas Futuras: (Prima Periódica) _____ Prima Inicial: (No Incluye Derecho de Emisión) _____

PAGO DE PRIMAS

Frecuencia de pago: **Mensual.**

Forma de Pago: **Tarjeta de Crédito Titular / Cuenta Bancaria**

Nº de Tarjeta / CBU: _____

(2) Aporte Mínimo Mensual: U$S: 50 – Derecho de Emisión: U$S 12,5 – Cargo por Mantenimiento: U$S 2 – Cargo por Cobranza Tarjeta: 3% - Quitas por Rescates Totales o Parciales: los 5 primeros años: 8%. A partir del sexto año: 5% - Cargo por Administración de Inversiones: 0.20% mensual – Comisión por Sobrerentabilidad: 20% - Impuestos: Tasa S.S.N. 0,6%.

De conformidad con la ley 25.246 y las normas vigentes de la Unidad de Información Financiera, declaro bajo juramento que toda suma de dinero utilizada para el pago de la prima o para realizar cualquier aporte en las pólizas contratadas, tiene un origen lícito.

QUITAS POR RESCATE

Definición (según Res. Nº27.285): Quita por rescate es el cargo que deducirá la compañía de su fondo ahorrado o reserva matemática cuando usted rescinda la póliza en forma anticipada (rescate) o transforme la póliza en un seguro saldado o prorrogado.

Tabla de quitas:

Dede el mes	Hasta el mes	% de quita

NOTA: El porcentaje de quita será aplicado al importe debitado del saldo del Fondo de Primas y del Fondo de Fluctuación del Asegurado Activo.

BENEFICIARIOS

En caso de no instituir beneficiarios se entenderá que designó a los herederos que surjan de la declaración judicial o de auto de aprobación testamentaria.

Presentación Declaración de Beneficiarios para el Fondo de primas: ☐ Si ☐ No

TTE. GRAL. JUAN DOMINGO PERÓN 646, PISO 3 (C1038AAN), C.A.B.A., ARGENTINA
CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 0810-666-8484 - SEGUROS@ORIGENES.COM.AR

WWW.ORIGENES.COM.AR

Nº de Solicitud

Nombre	Parentesco	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Orden	% Prima	% Renta

DECLARACIÓN JURADA PARA SUJETOS OBLIGADOS A CUMPLIR CON RESOLUCIONES DE LA UIF

Declaro bajo juramento que: (marcar con un "x" según corresponda)

☐ **SI** Me encuentro comprendido dentro de la lista de sujetos obligados a informar, de acuerdo con las disposiciones en materia de prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo vigentes *En tal sentido, manifiesto que:

Doy cumplimiento a las disposiciones en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo dictadas por la Unidad de Información Financiera que afectan a la actividad que realizo.

Poseo la documentación respaldatoria exigida conforme a la regla internacional "conozca a su cliente".

Adopto formalmente una política por escrito, regulaciones y normas para prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como también efectúo el seguimiento expreso para dar cumplimiento cabal a dicha política.

Cuento con manuales de procedimientos y controles internos para prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

☐ **NO** Me encuentro comprendido dentro de la lista de sujetos obligados a informar, de acuerdo con las disposiciones en materia de prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo vigentes *En tal sentido, manifiesto que:

***En virtud de lo dispuesto por la Res. UIF 03/2014, los sujetos obligados que operen con nuestra compañía deberán presentar su constancia de inscripción ante la UIF.**

TTE. GRAL. JUAN DOMINGO PERÓN 646, PISO 3 (C1038AAN), C.A.B.A., ARGENTINA
CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 0810-666-8484 - SEGUROS@ORIGENES.COM.AR
WWW.ORIGENES.COM.AR