

La presente solicitud deberá ser completada de PUÑO Y LETRA por el Solicitante. Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible. El campo que no complete, favor tacharlo.

Conforme lo establecido por la Unidad de Información Financiera, en los casos que corresponda, se solicitará la integración del Formulario: **COM-119 Requerimiento de Datos UIF** - y la información complementaria detallada en el mismo, el cual se encuentra a disposición en las oficinas de la compañía o puede ser consultado desde el sitio web: [www.nacion-seguros.com.ar](http://www.nacion-seguros.com.ar)

**PLAN:**  Retiro Individual-Producto: \_\_\_\_\_  
 Retiro Colectivo-Contratante: \_\_\_\_\_  
 Otra: \_\_\_\_\_

**Solicitud:** \_\_\_\_\_  
**Póliza:** \_\_\_\_\_  
**Certificado:** \_\_\_\_\_

### Datos del Titular

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio real: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado o Tomador: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Teléfono Particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Profesión, Oficio, Industria o Actividad (1) principal que realice: \_\_\_\_\_  
(1) En caso de estar inscripto en A.F.I.P. detallar el código y la descripción de la actividad: \_\_\_\_\_  
¿Posee otro seguro de retiro?  Sí  No En caso afirmativo indicar: Compañía: \_\_\_\_\_ Monto: \$ \_\_\_\_\_

#### CALIDAD BAJO LA CUAL COBRA:

Asegurado  Beneficiario designado  Heredero legal  Cesionario de los derechos de la póliza

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_  
Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ Motivo de la cesión: \_\_\_\_\_  
Apellido y Nombres del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_

### Rescate

**PÓLIZAS MONEDA ÚNICA**  Total

Jubilación Indicar Fecha Efectiva de Baja: \_\_\_\_\_  
 Fallecimiento Indicar Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Parcial Indicar Importe: \_\_\_\_\_ Son: \_\_\_\_\_

**PÓLIZAS BIMONETARIAS**  Fondo de Prima  Fondo Boden

Total  Parcial Indicar Importe: \_\_\_\_\_ Son: \_\_\_\_\_

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

**Importante:** En las Condiciones Particulares/Certificado Individual del Plan se establecen las cantidades máximas de rescates parciales por año, los importes máximos y mínimos para cada rescate parcial, el plazo mínimo para solicitarlos y el plazo de pago de los mismos.

**Quitas por Rescates:** Nación Seguros de Retiro S.A deducirá del importe a rescatar un porcentaje según lo establecido en las Condiciones Particulares o Certificado Individual. La compañía efectuará el pago en el plazo indicado en las condiciones de la póliza.

### Saldo de Cuenta

Fallecimiento del Asegurado Titular (Adjuntar copia legalizada de la partida de defunción).  Invalidez del Asegurado Titular (Consultar documentación a presentar)

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Solicitante

### Forma de cobro

ACREDITACIÓN EN CUENTA     PAGO EN SUCURSAL BNA

**Banco:**  BNA - Sucursal de Cobro: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de cuenta:**  Caja de Ahorros     Cuenta Corriente    Nº de cuenta: \_\_\_\_\_ Moneda:  Pesos     Dólares

**Número de CBU:** \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia.

### Documentación requerida para la liquidación del rescate solicitado

- Fotocopia de DNI
- Constancia de CUIL
- Constancia de CBU
- Certificado de defunción del titular (en caso de tratarse de un rescate por fallecimiento)
- Último recibo de sueldo (para Retiro Colectivo)

Los datos aquí consignados revisten el carácter de Declaración Jurada, siendo el titular responsable por el destino de los fondos. Según lo establecido en la Resolución General Nº 830/00 de la AFIP, sus complementarias y modificatorias, a los rescates de planes de Seguros de Retiro privados superiores a un monto mensual de \$7.500.-, se les debe aplicar una retención del impuesto a las ganancias del 3%.

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley Nº 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo Nº 21, inciso c) de la Ley Nº 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

Conforme lo establecido en el Art. Nº 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Solicitante

**IMPORTANTE:** Para Póliza Nº **13.681** BNA digitalizar junto a la documentación requerida, y registrar el trámite en Nación Seguros Digital con motivo "rescate" declarando correo electrónico personal.

#### PARA SER COMPLETADO EN CARACTER DE RECEPCION

Sucursal BNA/

Unidad de Negocio NS:

Código:

Nº Tel./Fax:

Firma y Aclaración del personal interviniente

Cuando la presente solicitud haya sido recepcionada en una Sucursal BNA, deberá ser remitida en un sobre a Casilla de Correo DE:920 - Nación Seguros.

Certifico que la/s firma/s fueron asentadas en mi presencia y los datos personales del solicitante fueron constatados con su documento de identidad, el cual tuve en mi poder.