

## SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE RENTAS POR CBU

**Nota:** Sr. Asegurado, tenga a bien completar el presente formulario en letra de imprenta. Recuerde que de la exactitud de los datos consignados dependerá la acreditación de la Renta.

**LUGAR Y FECHA:**

Por medio de la presente, solicito la adhesión al sistema de pago de la Renta Vitalicia mediante acreditación en Cuenta por Clave Bancaria Uniforme (CBU):

DATOS DEL TITULAR ASEGURADO					
APELLIDO/S:			NOMBRE/S:		
DNI:		CUIL/CUIT:		FECHA DE NACIMIENTO:	
<b>PAÍS DE RESIDENCIA FISCAL:</b> <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> y/u Otro país, indique      Nombre del país: _____ Número de Identificación Fiscal: _____					
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	
			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
DOMICILIO ACTUAL - CALLE:			N°:	PISO:	DPTO:
C.POSTAL:	LOCALIDAD:		PROVINCIA:		
TELÉFONO:		TELÉFONO CELULAR:			
(      )		(      )			
CORREO ELECTRÓNICO:			ACTIVIDAD/OCUPACIÓN:		

### DECLARACIÓN JURADA CONJUNTA SOBRE LA CONDICIÓN DE PEP Y SUJETO OBLIGADO

NO SOY PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE       SOY PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

En caso afirmativo indicar el motivo: \_\_\_\_\_

NO SOY SUJETO OBLIGADO       SOY SUJETO OBLIGADO

En caso afirmativo, deberá presentar la constancia de inscripción en la UIF.

**DECLARO SER EL TITULAR DE LA CUENTA QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLA:**

Dejo expresa constancia que los gastos que pudieran originarse por el mantenimiento y utilización de la misma, serán afrontados exclusiva e íntegramente por mí.

Tipo de Cuenta:     Caja de Ahorro en \$     Cuenta Corriente en \$      Banco

CBU:

DNI

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO

**IMPORTANTE - RECUERDE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS QUE APLIQUEN. ESTOS SON OBLIGATORIOS PARA EL CORRECTO PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD.**

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Según lo dispuesto en la “Nómina de Personas Expuestas Políticamente” aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído (Res. UIF 35/2023 y modificatorias).  
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.

## DECLARACIÓN JURADA DE SUJETO OBLIGADO

Sujeto Obligado: son aquellas personas que por ley, deben colaborar en la prevención del lavado de activos, para ello es obligatoria su inscripción ante la UIF.  
Declaro bajo juramento de acuerdo a lo establecido en el art. 20 de la Ley N° 25.246 y sus modificatorias.

Asimismo declaro conocer y aceptar que para percibir dichos pagos deberé cumplir periódicamente con los controles de supervivencia que esta Compañía determine.  
Asumo la responsabilidad de informar cualquier modificación que se produzca con relación a los datos brindados, asumiendo las consecuencias que deriven de mi eventual incumplimiento.

La presente autorización tendrá validez hasta tanto esta Compañía lo determine o medie comunicación fehaciente de mi parte para modificarla o revocarla, dejando expresa constancia que la misma tiene carácter de declaración jurada, asumiendo quien suscribe, la responsabilidad emergente por los datos erróneos consignados y sus consecuencias. Por último manifiesto que, teniendo en cuenta la presente solicitud, todos los montos depositados o transferidos por La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro en mi cuenta, arriba indicada, los consideraré en concepto de pago con efecto cancelatorio que los mismos implican.

La Estrella S.A. Cía. de Seguros de Retiro, en cumplimiento con lo establecido en las normativas de la Unidad de Información Financiera, podrá requerir toda información y/o documentación adicional que resulte relevante a los efectos indicados. Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son exactos y fiel expresión de la verdad.

Los datos proporcionados a La Estrella S.A. Compañía de Seguros de Retiro podrán utilizarse para todos los servicios asociados al Rubro Seguros. El Titular de los Datos Personales 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 al efecto, conforme a lo establecido en el artículo N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. “LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales”.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DNI**

---

**NOMBRE Y APELLIDO**