

## SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE RENTAS POR C.B.U.

**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:	
PAÍS DE RESIDENCIA FISCAL: <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Otro país, si seleccionó esta opción indique:					
Nombre del país: _____			Número de Identificación Fiscal: _____		
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	ESTADO CIVIL: <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:		

En tal sentido, declaro ser titular de la cuenta que a continuación se detalla y dejo expresa constancia que los gastos que pudieran originarse por el mantenimiento y utilización de la misma, serán afrontados exclusiva e íntegramente por mí.

Banco  Sucursal

Tipo de Cuenta:  Caja de Ahorro  Cuenta Corriente Cuenta N°

C.B.U.:

Asimismo declaro conocer y aceptar que para percibir dichos pagos deberé cumplir periódicamente con los controles de supervivencia que esa 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.

**IMPORTANTE - RECUERDE ADJUNTAR CONSTANCIA DE SU C.B.U EMITIDA POR EL BANCO**

Firma

Aclaración