

# SOLICITUD PÓLIZA INDIVIDUAL

Póliza N°:
Plan Solicitado:
Productor:
Vigencia:

Solicito la emisión de una póliza individual de Seguro de Retiro II de acuerdo a las condiciones Generales de la Póliza respectiva y las siguientes características:

I - DATOS PERSONALES				
Apellido y Nombres:				
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:		Estado Civil:	
Documento: DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	N°:		Expedido por:	
Domicilio Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:
Localidad:	Cód. Postal:	Provincia:		
Teléfono:	E-mail:			
Profesión/Actividad principal:				
CUIL N°:				
Adjunta fotocopia del Documento de Identidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

II - EDAD PREVISTA PARA EL RETIRO
años

III - FECHA PREVISTA PARA EL RETIRO
de de 20

IV - TIPO DE RENTA A CONTRATAR	
Beneficio Básico: Renta Vitalicia	Garantía por: años
Temporaria por: años	Extensible a un tercero en % de Beneficio Básico

V - BENEFICIARIOS PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO EN ETAPA ACTIVA				
Apellido y Nombres	Vínculo	Tipo y N° de Documento	CUIL	%

VI - PARA LA RENTA VITALICIA GARANTIZADA DISEÑO A:				
Apellido y Nombres	Vínculo	Tipo y N° de Documento	CUIL	%

VII - PARA LA RENTA VITALICIA EXTENSIBLE A UN TERCERO DISEÑO A:				
Apellido y Nombres	Vínculo	Tipo y N° de Documento	CUIL	%

SR SPI - FI: 06 2021

**VIII - IMPORTE DE LA RENTA - VITALICIA - PERIÓDICA - ADELANTADA - OPTADA**

Beneficio Básico:	Garantía por: años
Temporaria por: años	Extensible a un tercero en % de Beneficio Básico

**IX - PERIODICIDAD DE PAGO DE:**

Los premios:
La renta vitalicia:

**X - APORTE MENSUAL:** \$ (Pesos: )

**XI - CARGO MENSUAL:**

\* Marcar lo que corresponda

El Solicitante:

Autoriza se lo debite mensualmente de su Fondo de Primas: Lo cancelará mensualmente en forma directa a la compañía: 

Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Retiro II que solicito.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.-

Firma y aclaración del Productor

Firma y sello del Contratante

SE INFORMA: Los datos personales solicitados y facilitados por usted, serán utilizados para formar parte de la base de datos de IAPSER SEGUROS - Seguro de Retiro S. A., así como para proporcionarle acceso a nuestros aplicativos electrónicos. Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente.



IAPSER SEGURO DE RETIRO S.A. - GRUPO DE EMPRESAS IAPSER

Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R.      [www.iapserseguros.com.ar](http://www.iapserseguros.com.ar)

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Org. de control [www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)

Atención al asegurado 0800-666-8400

N° de insc. en SSN 0437