

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (RESOLUCIÓN UIF N° 126/2023)

I - Persona Humana - Representante de Persona Jurídica o Apoderada/o u Organismo Oficial

Nombre y Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Documento: DNI / Pasaporte / Nro: _____ Género: _____

Identificación Tributaria: CUIL / CUIT / CDI Nro: _____ Profesión u Oficio _____

Estado Civil: _____ Tipo de Documento Cónyuge: DNI / Pasaporte Nro: _____

Domicilio Real: Calle _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ País: _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Fuente/s de Ingreso: _____

Sujeto Obligado - Ley 25246: SI NO / PEP: SI NO

Ingreso Mensual Acumulado: Hasta 3 millones / Entre 3 y 30 millones / Más de 30 millones

ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Copia del documento de identidad (D.N.I. / Pasaporte). SI NO
- Constancia de Inscripción ante AFIP. SI NO
- Documentación relativa a la situación económica o patrimonial: Recibo de Haberes y/o Impuesto al Valor Agregado (de 4 a 6 meses en cada caso) y/o podrá aportar Declaración Jurada Anual de Impuesto a las Ganancias y/o certificado de ingresos anuales por Contador Público. SI NO

II - Persona Jurídica - Organismo Oficial

Denominación o Razón Social: _____

Inscripción Registral. Fecha: _____ Nro: _____ CUIT / CDI Nro: _____

Fecha del Contrato o Escritura de Constitución: _____ Industria o Actividad Principal _____

Domicilio Legal: Calle _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Sujeto Obligado - Ley 25246: SI NO

Facturación Mensual Acumulada: Hasta 30 millones / Entre 30 y 150 millones / Más de 150 millones

ACCIONISTAS - DUEÑAS/OS - AUTORIDADES - REPRESENTANTE

| Autoridades | | | Titularidad del Capital Social | | | |
|-------------------|-------|-----------------|--------------------------------|----------------|------------------|---|
| Apellido y Nombre | Cargo | N° de Documento | Nombre o Denominación | Ejerce Control | % de Titularidad | Persona Expuesta Políticamente |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

BENEFICIARIO FINAL DE LA PERSONA JURÍDICA

Identificar a la/s Personas Humanas que directa o indirectamente ejerzan el control real o posean el derecho a voto de la Persona Jurídica - informar toda participación mayor al 10% y notificar todo cambio en un plazo menor a 30 días, se podrá presenta nota adicional:

Nombre y Apellido _____ Tipo de Documento DNI / Pasaporte Nro: _____

Identificación Tributaria CUIT / CUIL / CDI Nro: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Real: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Porcentaje de Participación/Titularidad/Control: _____ % PEP: SI NO

Nombre y Apellido _____ Tipo de Documento DNI / Pasaporte Nro: _____

Identificación Tributaria CUIT / CUIL / CDI Nro: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Real: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Porcentaje de Participación/Titularidad/Control: _____ % PEP: SI NO

ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Copia del Estatuto Social actualizado, certificada por Escribana/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... SI / NO
- Copia del Acta del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderadas/os y/o autorizadas/os con uso de firma social certificada por Escribana/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... SI / NO
- Acta y/o poder, del cual se desprende el carácter de Representante Legal / Apoderada/o que firma el presente, certificada por Escribana/o Público o por personal de Provincia Seguros interviniente..... SI / NO
- Copia del documento de identidad (D.N.I./ Pasaporte) del Representante Legal / Apoderada/o que firma el presente.. SI / NO
- Constancia de Inscripción ante AFIP..... SI / NO
- Presupuesto Asignado (para el caso de Organismos Oficiales)..... SI / NO
- Contrato de Fideicomiso (para el caso de Fideicomisos)..... SI / NO
- Constancia Sujeto Obligado del Fiduciario (para el caso de Fideicomisos)..... SI / NO
- Estados Contables (certificados por el CPCE) y/o Certificación de Facturación y/o Ingresos Anuales por Contador Público y/o podrá aportar Declaración Jurada Anual de Impuesto a las Ganancias y/o Impuesto al Valor Agregado mensual (no menos de 6 consecutivos actuales). SI / NO

III - Declaración Jurada de Sujeto Obligado - Apartado sólo para Sujeto Obligado ante la U.I.F.

- Este apartado **sólo** deberá ser completado por aquellas personas o entidades que sean Sujetos Obligados ante la Unidad de Información Financiera según establece el Artículo 20 de la Ley N°25.246.

- Por la presente declaro bajo juramento que quien suscribe / la persona jurídica que represento, SI / NO cumpla/e con todas las exigencias regulatorias dictadas por la Unidad de Información Financiera, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y legislación vigente en materia de Prevención del Lavado de Activos y del Financiamiento del Terrorismo.

TIPO DE SUJETO OBLIGADO (Artículo 20 de la Ley N°25.246): _____

ADJUNTAR: - Copia de la Constancia de Inscripción ante la Unidad de Información Financiera. SI / NO

IV - Declaración Jurada de Persona Expuesta Políticamente (P.E.P.)

Por la presente declaro bajo juramento que quien suscribe SI NO me encuentro incluida/o y/o alcanzada/o dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que figura en el RG-PLA-001.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Además, asumo 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.

V - Titularidad Registral de los Bienes Asegurados

Declaro que todos bienes asegurados son de propiedad del cliente-tomador-asegurado de las pólizas contratadas SI / NO

En caso de responder "NO", informo los bienes con sus correspondientes titulares en el siguiente cuadro:

| Identificación del Bien | Titular del Bien | | |
|-------------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------------|
| | Razón Social o Nombre y Apellido | CUIT / DNI | Relación/Parentesco con Tomador/a |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VI - Identificación del Medio de Pago y/o Pagador/a de las Primas

Las primas son pagadas con CBU, Tarjeta de Crédito o Cheque Propio, cuyo titular es el tomador de la póliza..... SI / NO

Informar el medio de pago utilizado:

| CBU / N° de Tarjeta | Titular | DNI | Relación / Parentesco con el Tomador/a |
|---------------------|---------|-----|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Declaro bajo juramento que las informaciones consignadas en este instrumento resultan exactas y que el origen de los fondos para la adquisición del/los bien/es asegurado/s y/o pago de las primas resulta lícito y se corresponde con la actividad e ingresos declarados. Asimismo me comprometo de informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 15 días de producida tal modificación.

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha

Anexo- Formulario de Identificación y Conocimiento del Cliente

Cientes Persona Jurídica detallar a continuación la totalidad de los miembros que componen el Órgano de Administración:

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____

Nombre y Apellido _____ CUIL / CUIL / DCI Nro: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Estado Civil: _____
Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** **NO** Teléfono: () _____
Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio: _____