

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

LEY 25.246 - RESOLUCIÓN 156/2018 (TO RESOLUCIÓN 28/2018) Y RESOLUCIÓN 134/2018 UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF)

EXPERTA
SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscip. SSN 880

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

1. TOMADOR PERSONA JURÍDICA

Denominación o Razón social ▶ _____ CUIT/ CDI ▶ _____

Fecha de inscripción registral ▶ _____ N° ▶ _____ Libro ▶ _____ Folio ▶ _____ Tomo ▶ _____

Fecha del contrato o escritura de constitución ▶ _____ Actividad principal realizada ▶ _____

Domicilio Legal

Calle ▶ _____ N° ▶ _____ Dpto ▶ _____ Piso ▶ _____

Provincia ▶ _____ Localidad ▶ _____ Cod. Postal ▶ _____

Observaciones ▶ _____

Contacto

Teléfono comercial o sede social ▶ (____) _____ E-mail ▶ _____

Ingresos Brutos - Condición ante el impuesto

N° de inscripción ▶ _____

Convenio multilateral ☐ Contribuyente local ☐ Exento ☐ N° RG ▶ _____

DEBE PRESENTAR

- ✓ Constancia de CUIT O CUIL.
- ✓ Copia actualizada del estatuto social, certificada por escribano público.
- ✓ Documento donde se informe la titularidad del capital social actualizado (libro accionista y formulario de composición del capital social a completar en la hoja de identificación del beneficiario/s).
- ✓ Información sobre el origen de los ingresos, fondos y/o patrimonio del cliente.
- ✓ Copia de registros de acciones o participaciones societarias, contratos, transferencia de participaciones y/o cualquier otro documento que acredite la cadena de titularidad y/o control.
- ✓ Otros documentos (indicar cuales) _____
- ✓ Copia del acta del órgano decisorio designado autoridades, representantes legales apoderados y/o autorizados con uso de firma social certificada ante escribano público.
- ✓ Formulario de identificación de las personas físicas que ejerzan el control real de la persona jurídica (según formulario adjunto a este, formulario de beneficios finales a completar en la hoja de identificación del beneficiario).
- ✓ Formulario sujeto obligado (RESOLUCION UIF N° 126/2023, ARTICULO 25) según este formulario adjunto.
- ✓ Constancia de inscripción en ingresos brutos
- ✓ Constancia de CM05 en caso de corresponder.
- ✓ Documentación adicional en caso de exención o exclusión de ingresos brutos.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Lugar y fecha ▶ _____

Carácter ▶ _____ DNI ▶ _____ Firma del titular o su apoderado _____ Aclaración _____

2. COMPLETAR DATOS DE REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA O DE ORGANISMO PÚBLICO

DATOS PERSONALES

Carácter involucrado ▶ _____ CUIL/ CUIT/ CDI ▶ _____

Apellido ▶ _____ Nombre ▶ _____

Fecha de nacimiento ▶ _____ Nacionalidad ▶ _____

Lugar ▶ _____ DNI/ LC/ LE/ pasaporte/ CI ▶ _____

Actividad principal, profesión, oficio o industria ▶ _____ Estado civil ▶ _____

Experta Seguros S.A.U.

Av. del Libertador 6902, piso 12° | CPA C1429AZQ | Ciudad Autónoma de Buenos Aires Tel:
0800-777-7278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

LEY 25.246 – RESOLUCIÓN 156/2018 (TO RESOLUCIÓN 28/2018) Y RESOLUCIÓN 134/2018 UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF)



Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscip. SSN 880

Domicilio Legal

Calle ▶ _____ N° ▶ _____ Dpto ▶ _____ Piso ▶ _____
Provincia ▶ _____ Localidad ▶ _____ Cod. Postal ▶ _____
Observaciones ▶ _____

Contacto

Tel particular ▶ _____ Tel Celular ▶ _____ E - mail ▶ _____

DEBE PRESENTAR

- ✓ Copia del documento de identidad.
- ✓ Documentación certificada de la que se desprende el carácter invocado (copia del poder o acta del órgano decisorio)
- ✓ Formulario de DDJJ sobre las condiciones PEP's (Completar DDJJ) sobre la condición de personas expuestas políticamente)

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad comprometiéndome a comunicar en fomra fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Lugar y fecha ▶ _____
Carácter ▶ _____ DNI ▶ _____ Firma del titular o su apoderado _____ Aclaración _____

3. IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL
INDICAR SOCIOS / ACCIONISTAS DIRECTOS (PERSONAS FÍSICAS O JURÍDICAS , LOCALES O EXTRANJERAS) EN LA SOCIEDAD.

Nombre y Apellido / Capital social	Tipo y número de identificación	Nacionalidad	Porcentaje participación

Si por su composición accionaria superase los 3 niveles de Accionistas, sírvase acompañar un gráfico, diagrama u otra documentación, donde se explique en detalle su cadena de accionistas.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

LEY 25.246 - RESOLUCIÓN 156/2018 (TO RESOLUCIÓN 28/2018) Y RESOLUCIÓN 134/2018 UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF)



Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 880

BENEFICIARIOS FINALES

Persona/s humana/s que posea/n como mínimo el diez por ciento (10%) del capital(Directo o Indirecto) o de los derechos de voto de una persona jurídica, un fideicomiso, un fondo de inversión, un patrimonio de afectación y/o de cualquier otra estructura jurídica ; y/o a la /s persona/s humana/s que por otros medios ejerza/n el control final de las mismas. (*)

Nombre y Apellido/ Capital Social	Tipo y Número de Identificación	Domicilio real	Nacionalidad	Profesión	Estado civil	Porcentaje Participación	CUIT/CUIL/CDI en caso de corresponder

RES: UIF 112/2021 (*) Cuando la participación mayoritaria del Sujeto Obligado persona jurídica corresponda a una sociedad que realice oferta pública de sus valores negociables, listados en un mercado local o internacional autorizado y la misma esté sujeta a requisitos sobre transparencia y/o revelación de información, deberá indicar tal circunstancia a los efectos de poder ser exceptuado de este requisito de Identificación. Dicha excepción sólo tendrá lugar en la medida que se garantice el acceso oportuno a la información respectiva y que la misma guarde estricta correspondencia con la exigida por la UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA para la identificación de el/la Beneficiario/ a Final. Toda modificación y/o cambio de el/la Beneficiario/a Final, deberá ser informado en un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos de ocurrido el mismo.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad comprometiéndome a comunicar en fomra fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Lugar y fecha ▶ _____
Carácter ▶ _____ DNI ▶ _____ Firma del representante legal _____ Aclaración _____