

IDENTIFICACION 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° Inscrp. 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 real:

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

Contacto

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

DEBE PRESENTAR

- ✓ Copia actualizada del estatuto social, certificada por escribano publico.
- ✓ Copia del acta del órgano designado autoridades, representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma social certificada ante escribano publico.
- ✓ Documento donde se informe la titularidad del capital social actualizada (libro accionista y formulario de composición del capital social a completar en la hoja de identificación de beneficiario).
- ✓ Formulario de identificación de las personas físicas que ejerzan el control real de la persona jurídica (según formulario adjunto a este, formulario de beneficiarios finales a completar en la hoja de identificación de beneficiario).
- ✓ Copia actualizada de estados contables auditados por contador público y certificada por el consejo profesional correspondiente.
- ✓ Formulario de sujeto obligado (RES 156/2018 TO RES 28/2018 ART . 25), según este formulario adjunto.
- ✓ Otros documentos (indicar cuales) * _____

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 ▶ _____ CUIT / CUIL / CDI ▶ _____
Apellido ▶ _____ Nombre ▶ _____
Fecha de nacimiento ▶ _____ Nacionalidad ▶ _____
Lugar ▶ _____ DNI/ LC/LE/pasaporte/CI ▶ _____
Actividad principal, profesión, oficio o industria ▶ _____ Estado civil ▶ _____

Domicilio real:

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 de PEP's (completar DDJJ sobre la condición de personas expuestas políticamente).

Experta Seguros S.A.U.

Av. Del Libertador 6902, (C1429AZQ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel: 0800-777-7278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar

IDENTIFICACION DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

LEY 25.246 – RESOLUCIONES 202/2015 Y 52/2012 UNIDADES DE INFORMACION FINANCIERA (UIF)



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

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

3. IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL INDICAR SOCIOS / ACCIONISTAS MAYORITARIOS

Nombre y Apellido / Capital Social	Tipo y Número de Identificación	Nacionalidad	Porcentaje Participación

BENEFICIARIOS FINALES PERSONA FÍSICA QUE TENGA COMO MÍNIMO EL 20% DEL CAPITAL O DERECHO A VOTO EN LA SOCIEDAD O QUE POR OTROS MEDIOS EJERZAN EL CONTROL FINAL, DIRECTO O INDIRECTO DE LA MISMA

Nombre y Apellido / Capital Social	Tipo y Número de Identificación	Nacionalidad	Porcentaje Participación

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 representante legal

Aclaración