

# IDENTIFICACION DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

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

**EXPERTA**  
SEGUROS

Cuit:30-71459054-1 IIBBCM30714590541-901  
N° Inscript. 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 público.
- ✔ Copia del acta del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderados y /o autorizados con uso de firma social certificada ante 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 de beneficiario/s).
- ✔ 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).
- ✔ Información sobre el origen de los ingresos, fondos y/o patrimonio del cliente.
- ✔ Formulario de sujeto obligado (RES 156/2018 TO RES 28/2018 ART. 25), según este formulario adjunto.
- ✔ 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) \_\_\_\_\_

**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 ▶ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telcelular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**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

# IDENTIFICACION DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

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



Cuit:30-71459054-1 IIBBCM30714590541-901  
N° Inscrip. SSN 880

## 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).

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 DIRECTOS (PERSONAS FISICAS O JURIDICAS, LOCALES O EXTRANJERAS) EN LA SOCIEDAD.

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

Sí 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.

### 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

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

## IDENTIFICACION DEL CLIENTE – PERSONA JURÍDICA

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

**EXPERTA**  
SEGUROS

Cuit:30-71459054-1 IIBBCM30714590541-901  
N° Inscrip. SSN 880

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 forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Lugar y Fecha ▶ \_\_\_\_\_

Carácter ▶ \_\_\_\_\_ DNI ▶ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**