

# 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 \_\_\_\_\_ Cód.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 de 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 designando 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 beneficiarios finales a completar en la hoja de identificación de beneficiario).
- ✔ Formulario de sujeto obligado (RES 156/2018 TO RES 28/2018 ART. 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 ▶ \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL/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

## 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

### Domicilio real:

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

### Contacto

Tel particular ▶ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telcelular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 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).

**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 FÍSICAS O JURÍDICAS, 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.

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

Lugar y Fecha ▶ \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración