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

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

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nac.: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Doc.: DNI ◯ / Pasaporte ◯ Nro.: _____ Género:

Ident. Tributaria: CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____ Prof. u Oficio:

Estado Civil: Doc. 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 25.246: **SI** ◯ **NO** ◯ / PEP: **SI** ◯ **NO** ◯

Ingreso Mensual Acumulado: Hasta 5 millones ◯ / Entre 5 y 50 millones ◯ / Más de 50 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 (no menos de 4 consecutivos actuales) y/o Certificado de ingresos anuales por Contador Público y/o podrá aportar voluntariamente declaraciones juradas impositivas anuales o mensuales (no menos de 6 consecutivos actuales), o cualquier documentación que considere. **SI** ◯ **NO** ◯

II. Persona Jurídica - Organismo Oficial

Denominación o Razón Social: _____

Insc. Registral. Fecha: _____ Nro.: _____ CUIT ◯ / CDI ◯ / Nro.: _____

Fecha del Contrato o Escritura de constitución: _____ Industria o Act. Principal:

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

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

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sujeto Obligado - Ley 25.246 Prev. Lavado de Activos: **SI** ◯ **NO** ◯

Ingreso Mensual Acumulado: Hasta 50 millones ◯ / Entre 50 y 250 millones ◯ / Más de 250 millones ◯

Accionistas - Dueñas/os - Autoridades - Representante						
Autoridades			Titular del Capital Social			
Apellido y Nombre	Cargo	N.º de Doc.	Nombre o Denominación	Ejerce Control	% de Titularidad	PEP
						SI ◯ **NO** ◯
						SI ◯ **NO** ◯
						SI ◯ **NO** ◯
						SI ◯ **NO** ◯
						SI ◯ **NO** ◯

Carlos Pellegrini 71 (C1009ABA) C.A.B.A. - República Argentina - Tel.: +54 11 4346 7300 - PROVINCIASEGUROS.COM.AR

Beneficiaria/o 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 Doc.: 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 Doc.: DNI ◯ / Pasaporte ◯ Nro.: _____

Identificación Tributaria: CUIL ◯ / CUIT ◯ / 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** ◯ cumplo/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 de la/el 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.º de Tarjeta	Titular	DNI	Relación/Parentesco con 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 de la/el Cliente

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

Nombre y Apellido: _____ CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: ____ Dpto.: _____ Estado Civil:

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** ◯ **NO** ◯ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio:

Nombre y Apellido: _____ CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: ____ Dpto.: _____ Estado Civil:

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** ◯ **NO** ◯ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio:

Nombre y Apellido: _____ CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: ____ Dpto.: _____ Estado Civil:

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** ◯ **NO** ◯ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio:

Nombre y Apellido: _____ CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: ____ Dpto.: _____ Estado Civil:

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** ◯ **NO** ◯ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio:

Nombre y Apellido: _____ CUIL ◯ / CUIT ◯ / CDI ◯ Nro.: _____

Fecha de Nac.: _____ Tipo de Doc.: _____ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Nro.: _____ Piso: ____ Dpto.: _____ Estado Civil:

Provincia: _____ C.P.: _____ PEP: **SI** ◯ **NO** ◯ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u oficio:

FR-PLA-001-08 - JUNIO 2025