

LEY 25.246 – RESOLUCIONES 28/2018, 134/2018 y 15/2019 Unidad de Información Financiera (UIF)
TOMADOR PERSONA JURÍDICA

(utes, agrupaciones de colaboración empresaria, consorcios de cooperación, asociaciones, fundaciones, cooperativas, mutuales y otros entes con o sin personería jurídica).

Datos Generales:

Razón Social o Apellido/s y Nombre/s: _____

--	--	--

Fecha de Inscripción Registral

CUIT/CUIL: _____

Actividad Principal: _____

--	--	--	--	--

Número

Libro

Folio

Tomo

Domicio Legal: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____

Teléfono Comercial: _____

E-mail: _____

Documentación a Presentar:

	Copia del contrato o escritura de constitución.
	Copia del Estatuto Social actualizado.
	Formulario Sujeto Obligado (Página 2 de este formulario).
	Copia de facturas, títulos u otras constancias que acrediten fehacientemente el domicilio.
	Copia del Acta del órgano decisorio designando autoridades.
	Copia de documentos que acrediten el origen de los fondos, el patrimonio e ingresos o renta percibida (Por Ej. Balance)(1)
	Nómina de los integrantes del órgano de administración u órgano equivalente, y apoderados (Página 3 de este formulario)
	Titularidad del capital social e identificación de Propietarios/Beneficiarios Finales (Página 4 de este formulario).

(1) Puede presentar, por ejemplo: Copia de Estados Contables, Certificaciones de Ingresos y Patrimonio, Contratos de Trabajo, etc.

(2) Solo en el caso de que el tomador de la póliza difiera del titular del bien asegurado, se debe completar con los datos de este último, la Página 4 de este Formulario.

DDJJ SOBRE ICITUD DE FONDOS:

En cumplimiento de lo dispuesto por la UIF, declaro bajo juramento que los fondos y valores utilizados en el pago de la prima provienen de: _____

Que el Patrimonio de la empresa en el último año fue de (pesos): _____

Que el Ingreso Bruto de la empresa en el último año fue de (pesos): _____

COMPLETAR DATOS DE REPRESENTANTE DE PERSONA JURÍDICA

Carácter Invocado: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar: _____

Nacionalidad: _____

Tipo y N° de Documento: _____

CUIT/CUIL: _____

Sexo:

 F

 M

Actividad Laboral o Profesional: _____

Estado Civil: _____

Domicio Legal: _____

Localidad: _____

E-mail: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____

Teléfono

Comercial: _____



Documentación a Presentar:

	Copia del documento de identidad.
	Documentación certificada de la que se desprende el carácter invocado (Copia de Poder o Acta del órgano decisorio).
	Formulario de declaración jurada sobre la condición de PEP's (Página 2 de este formulario).

FORMULARIO SUJETOS OBLIGADOS (LEY 25.246 – CAPITULO III – ART. 20)
RES 28/18 – ARTÍCULO 34

Quien suscribe el presente: declara bajo juramento que, en razón de su ámbito de actuación (ver nómina de sujetos obligados), reviste el carácter de Sujeto Obligado en los términos del artículo 20 de la ley 25.246: SI NO

En caso de marcar "SI" en el cuadro de arriba (reviste el carácter de Sujeto Obligado) debe:

a) Adjuntar a la presente la correspondiente constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera, en atención a lo dispuesto en la Resolución 28/2018 – art. 34.

b) Declara bajo juramento dar cumplimiento a las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (Ley 25.246, 26.734 dec. Reg., resoluciones de la U.I.F. y demás resoluciones de aplicación a los sujetos obligados): SI NO

Lugar y Fecha: _____

Firma del Representante Legal: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Carácter: _____

DECLARACIÓN JURADA SOBRE CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE
RESOLUCIÓN 134/2018 y 15/2019 UIF

El/La (1) que suscribe, _____ (2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nomina de Funciones de Perso

nas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Además, asume 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.

Tipo y número de Documento (3): _____

País y Autoridad de Emisión: _____

Carácter invocado (4): _____

CUIT / CUIL / CDI (1) N°: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma: _____

Certifico/Certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros libros/fue puesta en mi/nuestra presencia (1).

Firma y sello del Sujeto Obligado o de los funcionarios del Sujeto Obligado autorizados

Observaciones: _____

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Integrar con el nombre y apellido del cliente, aun cuando en su representación firme un apoderado. (3) Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carnet internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. (4) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.

IDENTIFICACIÓN DE DIRECTIVOS, SOCIOS Y BENEFICIARIOS

NÓMINA DE LOS INTEGRANTES DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN Y APODERADOS IDENTIFICACIÓN DE PRESIDENTE, VICEPRESIDENTE, DIRECTORES TITULARES Y SUPLENTE, Y APODERADOS

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	NACIONALIDAD	CARGO

COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL IDENTIFICACIÓN DE SOCIOS / ACCIONISTAS MAYORITARIOS

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	NACIONALIDAD	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIOS FINALES

PERSONAS FÍSICAS QUE TENGAN 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	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	NACIONALIDAD	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DEL BIEN ASEGURADO

LEY 25.246 – RESOLUCIONES 28/2018, 134/2018 y 15/2019 Unidad de Información Financiera (UIF)

TITULAR DEL BIEN ASEGURADO

(COMPLETAR SOLO EN EL CASO DE QUE EL TOMADOR DE LA PÓLIZA DIFIERA DEL TITULAR DEL BIEN ASEGURADO)

Relación con el tomador de la póliza: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Tipo y N° de Documento: _____ CUIT/CUIL: _____

Sexo: F M

Actividad Laboral o Profesional: _____

Estado Civil: _____

Domicio Legal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfono Comercial: _____

E-mail: _____

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: _____

Firma del Representante Legal: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Carácter: _____

“En caso de no recibirse la totalidad de la documentación puede ser reclamada mediante Carta Documento. Toda la documentación puede remitirse a la casilla de prevenciondelavado@providencia.com.ar”