



1. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Apellidos:		Nombres:		Tipo y N° de Documento:	
C.U.I.L.:	Sexo:	Nacionalidad:		Fecha de nacimiento:	
País de Nacimiento:		Estado / Provincia de nacimiento:		Ciudad de nacimiento:	
Estado civil:		Actividad Principal:			
Domicilio real	Calle:	N°	Piso:	Depto.:	CP:
Localidad:	Provincia:	País:	e-Mail:	Teléfono:	

2. DECLARACIONES JURADAS DEL CLIENTE

Sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Declaro bajo juramento que SI NO me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" de la [Resolución UIF N° 35/2023](#)

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo especificando artículo e inciso que lo comprende:

Sobre la condición de Sujeto Obligado

Declaro bajo juramento que SI NO me encuentro incluido/a y/o alcanzado/a dentro de la "Nómina de Sujetos Obligados" enumerados en el [Artículo 20 de la Ley N° 25.246](#)

En caso afirmativo remitir Constancia de Inscripción en UIF.

Sobre licitud y origen de fondos, ingresos y/o patrimonio

Declaro bajo juramento que los fondos, ingresos y/o patrimonio que se utilizan para realizar las operaciones provienen de Actividades Lícitas.

El origen de los fondos, con los cuales realizo los aportes de mi póliza provienen de:

Fondos Propios:

Ingresos de mi Actividad Profesional, Laboral, Comercial Venta de bienes inmuebles de mi propiedad Otro origen:

Fondos de Terceros:

Nombre y Apellido / Razón Social:

CUIT/CUIL:

Vínculo:

Sobre Fiscalidad Internacional (CRS-FATCA)

¿Es considerado una Persona Estadounidense? SI NO

En caso afirmativo, deberá remitir el formulario W-9 "Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente" ([Descargar Aquí](#))

Residencia Fiscal 1

País de Residencia Fiscal:

Número de Identificación Fiscal (NIF/TIN):

No poseo NIF/TIN, por el motivo:

Detalle:

Domicilio Fiscal: Tipo de Domicilio:

Calle:	N°	Piso:	Depto:	Oficina:
Distrito:		Casilla Postal:		Código Postal
Ciudad:	Estado / Provincia:		País del domicilio:	

Residencia Fiscal 2

País de Residencia Fiscal:

Número de Identificación Fiscal (NIF/TIN):

No poseo NIF/TIN, por el motivo:

Detalle:

Domicilio Fiscal: Tipo de Domicilio:

Calle:	N°	Piso:	Depto:	Oficina:
Distrito:		Casilla Postal:		Código Postal
Ciudad:	Estado / Provincia:		País del domicilio:	



3. IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO 1

Apellidos y Nombres:		Tipo y N° de Documento:			Fecha de nacimiento:	
C.U.I.L.:	Sexo:	Nacionalidad:	Estado civil:		Vínculo:	
Actividad Principal (CLAE AFIP):						
Domicilio real	Calle:		N°:	Piso:	Depto.:	CP:
Localidad:		Provincia:		País:		
e-Mail:				Teléfonos:		
¿Es PEP ⁽¹⁾ ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indicar el artículo e inciso que lo comprende:						
<i>(1) Se denomina PEP (Persona Expuesta Políticamente) a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero Resolución UIF N° 35/2023</i>						

BENEFICIARIO 2

Apellidos y Nombres:		Tipo y N° de Documento:			Fecha de nacimiento:	
C.U.I.L.:	Sexo:	Nacionalidad:	Estado civil:		Vínculo:	
Actividad Principal (CLAE AFIP):						
Domicilio real	Calle:		N°:	Piso:	Depto.:	CP:
Localidad:		Provincia:		País:		
e-Mail:				Teléfonos:		
¿Es PEP ⁽¹⁾ ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indicar el artículo e inciso que lo comprende:						
<i>(1) Se denomina PEP (Persona Expuesta Políticamente) a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el extranjero Resolución UIF N° 35/2023</i>						

4. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Personas Humanas

1. Copia del documento de identidad.
2. Documentos que acrediten el origen lícito de los fondos invertidos (recibos de sueldo, contratos, etc).
3. Copia de facturas, títulos u otras constancias que acrediten fehacientemente el domicilio.
4. En caso de informar Residencia Fiscal en el exterior, constancia que acredite el Número de Identificación Fiscal (NIF).

Beneficiarios

1. Copia del documento de identidad.
2. Copia de poder o documento que acredite relación/vínculo con el asegurado.

Autorizo de forma expresa a que la información y documentación proporcionada pueda ser compartida con las empresas que integran el Grupo Federación Patronal

Lugar: _____ Fecha: _____

Firma _____ Aclaración firma _____