

IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE PERSONA HUMANA RES. U.I.F. 126/2023		
Datos identificatorios de la Persona Humana		
Nombre y Apellido:		
CUIT/ CUIL/ CDI:	Tipo y N° de DU:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	
Domicilio real (calle, número):	Localidad:	
Provincia:	País:	
Código Postal:	Nacionalidad:	
Estado civil:	Actividad laboral o profesional:	
N° de Teléfono y Dirección de email:		
<b>Declaración Jurada de Persona Expuesta Políticamente:</b>		
Declaro bajo juramento que <b>SI NO</b> me encuentro incluido/a y/o alcanzado/a dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" y que he tomado conocimiento de las disposiciones vigentes contenidas en las Resoluciones U.I.F. N° 35/2023 y N° 192/2024, así como de sus normas complementarias y anexos aplicables." <a href="https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/380196/texact.htm">https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/380196/texact.htm</a>		
En caso de haber declarado "Si", indicar el motivo:		
<b>Declaración Jurada de Sujeto Obligado:</b>		
Declaro bajo juramento que <b>SI NO</b> soy un Sujeto Obligado conforme el art. 20 de la Ley 25.246 ( <a href="https://bit.ly/3UJG082">https://bit.ly/3UJG082</a> ), modificatorias y complementarias.		
<b>En caso afirmativo, acompañar constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera</b>		
<b>En caso de que Tomador y Asegurado sean distintos declarar Vínculo/ Parentesco:</b>		
<b>En caso de que el estado civil indicado sea Casado/a / Viudo/a, completar:</b>		
Apellido y Nombre del Cónyuge:	DNI/CDI/Pas Cónyuge:	
<b>Identificación del Beneficiario de la Cobertura:</b>		
Declaro que el tomador / asegurado es el beneficiario de la cobertura. En caso contrario, completar los datos a continuación:		
Nombre y Apellido del Beneficiario:		
CUIT/ CUIL/ CDI del Beneficiario:	Tipo y N° de DU:	
<b>DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN DE FONDOS</b>		
Declaro bajo juramento que el origen de los fondos destinados a la adquisición de el/los bien/es asegurado/s y/o al pago de la/las prima/s es lícito y se corresponde con mi actividad e ingresos declarados. Asimismo, me comprometo a informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 30 días de producida.		
<b>ADJUNTAR AL FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del documento <b>frente y dorso</b> que acredite identidad (DNI, pasaporte, etc.).</li> <li>• Documentación que acredite origen de fondos (recibos de sueldo; facturación (Monotributistas); documentación bancaria, certificación contable, u otra documentación que considere suficiente).</li> </ul>		
Declaro bajo juramento que la información consignada en este instrumento resulta exacta y me comprometo a informar cualquier modificación de la información proporcionada dentro de los 30 días de producida.		
FIRMA	ACLARACIÓN	FECHA

La información requerida en el presente formulario debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados exclusivamente en relación al vínculo comercial existente con Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a <https://www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales>.