

Formulario PLA/FT 01 - INFORMACIÓN y DOCUMENTACIÓN PERSONAS JURÍDICAS

1. DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL					
CUIT	_____ - _____ - _____	Tel:	_____		
DOMICILIO LEGAL	_____				Nº _____
	Piso _____	Dto. _____	Localidad _____	CP _____	
PROVINCIA Y PAIS	_____				
ACTIVIDAD	_____			Fecha Constituc. Soc.	____/____/____
Nº INSCR. REGISTRAL	_____			Fecha Inscrip. Registral	____/____/____
E-mail	_____				

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL o APODERADO o AUTORIZADO CON USO DE FIRMA SOCIAL

APELLIDO	_____				
NOMBRES	_____				
DOMICILIO REAL	_____				Nº _____
	Piso _____	Dto. _____	Localidad _____	CP _____	
PROVINCIA Y PAIS	_____				
TIPO DE DOC.	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LC	<input type="checkbox"/> LE	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> PAS Nº _____
CUIL / CUIT	_____ - _____ - _____	Tel:	_____		
E-mail	_____				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NACIONALIDAD	_____				Fecha Nac. ____/____/____
LUGAR NACIMIENTO	_____				
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv.
CARGO-PROFESIÓN	_____				
INDUSTRIA o ACTIVID.	_____				

3. DATOS IDENTIFICATORIOS DE LAS AUTORIDADES VIGENTES

1 - AUTORIDAD					
APELLIDO	_____				
NOMBRES	_____				
PROVINCIA Y PAIS	_____				
DOMICILIO REAL	_____				Nº _____
	Piso _____	Dto. _____	Localidad _____	CP _____	
CUIL/CUIT/CDI	_____ - _____ - _____				
NRO. DE TEL.	_____				
E-mail	_____				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NACIONALIDAD	_____				Fecha Nac. ____/____/____
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv.
ACTIVIDAD-PROFESIÓN	_____				
¿ES PEP? SÍ / NO	<input type="checkbox"/>	CARGO/MOTIVO	_____		

2 - AUTORIDAD					
APELLIDO	_____				
NOMBRES	_____				
PROVINCIA Y PAIS	_____				
DOMICILIO REAL	_____				Nº _____
	Piso _____	Dto. _____	Localidad _____	CP _____	
CUIL/CUIT/CDI	_____ - _____ - _____				

NRO. DE TEL.	
E-mail	
NACIONALIDAD	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	Fecha Nac. / /
ACTIVIDAD-PROFESIÓN	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv.
¿ES PEP? SÍ / NO	CARGO/MOTIVO

4. DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO DE LA POLIZA (Si es distinto del Tomador/Asegurado)

APELLIDO	
NOMBRES	
PROVINCIA Y PAIS	
DOMICILIO REAL	Nº
	Piso Dto. Localidad CP
CUIL/CUIT/CDI	
NRO. DE TEL.	
E-mail	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
¿ES PEP? SÍ / NO	CARGO/MOTIVO
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv.
ACTIVIDAD-PROFESIÓN	

5. ESTRUCTURA SOCIETARIA Y BENEFICIARIOS FINALES

1) TITULARIDAD DEL CAPITAL SOCIAL: Informar la totalidad de los socios / accionistas ya sean personas físicas o jurídicas, locales o extranjeras.

RAZÓN SOCIAL o APELLIDO Y NOMBRE	Tipo y Nro. de documento o CUIT / CDI	NACIONALIDAD	% DE PARTICIPACIÓN TITULARIDAD CONTROL	ACCIONISTA DIRECTO	
				SÍ / NO	¿ES PEP? SÍ / NO

2) BENEFICIARIOS FINALES: Se entiende por tales a aquellas **personas físicas** que tengan como mínimo el DIEZ por ciento (10%) del capital social o de los derechos de voto de una Persona Jurídica o que por otros medios ejerzan el control final, directo o indirecto, sobre una Persona Jurídica.

En caso de tratarse de un Fideicomiso, u otras estructuras jurídicas; o en caso de tratarse de una cadena de titularidad, a los fines de declarar a los Beneficiarios Finales, se deberá solicitar a LA MERIDIONAL CIA. ARG. DE SEGUROS S.A., el formulario complementario (DDJJ Beneficiario Final Resolución UIF 112/2021).

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE ⁽¹⁾:

La información contenida en la presente y la adjunta a ésta, es verdadera y correcta y que se notificará toda modificación y/o cambio de el/la Beneficiario/a Final, en un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos de ocurrido el mismo; y asimismo que:

- No existen Beneficiarios Finales mayores o iguales al 10%.
- Existen Beneficiarios Finales mayores o iguales al 10% , los cuales se detallan en el cuadro a continuación:

(1) Marcar con una cruz según corresponda

A continuación declarar los beneficiarios finales, en caso de necesitar declarar más de 2 personas reimprimir esta hoja.







APELLIDO	
NOMBRES	
% DE PARTICIPACIÓN / CONTROL	% TIPO DE PARTICIPACIÓN <input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta
DOMICILIO REAL	Nº
	Piso Dto. Localidad CP
CUIL/CUIT/CDI	
PROVINCIA Y PAIS	
NACIONALIDAD	Fecha Nac. / /
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviv.
ACTIVIDAD-PROFESIÓN	
¿ES PEP? SÍ / NO	
CARGO/MOTIVO	

APELLIDO											
NOMBRES											
% DE PARTICIPACIÓN / CONTROL						%	TIPO DE PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> Directa	<input type="checkbox"/> Indirecta		
PROVINCIA Y PAIS											
DOMICILIO REAL											
	Piso		Dto.		Localidad					CP	
CUIL/CUIT/CDI											
NACIONALIDAD											
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Conviv.	Fecha Nac.	/	/	/	
ACTIVIDAD-PROFESIÓN											
¿ES PEP? SÍ / NO											
CARGO/MOTIVO											

Por la presente, en aplicación de la Resolución UIF N°126/2023, referidas a la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, los abajo firmantes declaramos bajo juramento que los datos consignados de este formulario son correctos, completos y son fiel expresión de la verdad tomando conocimiento de pasibles sanciones previstas en el art. 296 del Código Penal, para el caso de falsedad en el contenido de esta presentación.

_____	_____	_____ / /
Firma del Representante Legal/Apoderado/Autorizado	Aclaración	Fecha

Se encuentra a disposición el texto completo de la Resolución N° 126/2023 de la Unidad de Información Financiera; pudiendo consultarse también en el sitio www.argentina.gov.ar/uif.

<p>La Meridional Cia. Argentina de Seguros S.A. Tte Gral. Juan D. Perón 646, 1° piso - CABA (C1038AAN) Tel 0800-333-3244</p>	<p> meridionalseguros.com.ar</p> <p> /MeridionalSegurosOK</p>	<p> /MeridionalSeguros</p> <p> @meridionalseg</p>	<p> /MeridionalSeguros</p> <p> Meridional Seguros</p>
--	---	--	--