



SOLICITUD PRODUCTOS BANCARIOS - CLIENTES

Datos Personales

Titular

Apellido/s y prenombre/s: _____
 Tipo de documento: DN LC LE PAS N° _____ | Versión: Eje
 Sexo: F M | Fecha de Nacimiento: ___/___/_____| Para cliente no vidente: ¿Sabe Braille?: Si No
 Estado civil: Soltero Casado (Nupcias (____)) Viudo Divorciado Separado N° de hijos: _____
 Régimen Matrimonial: Comunidad Separación de bienes
 Patrimonial: Unión convivencial por más de dos años: Con pacto de convivencia (adjuntar) Sin pacto de convivencia

Nacionalidad: _____ | País de nacimiento: _____ | Ciudad de Nacimiento: _____
 Otra Nacionalidad 1: _____ | Otra Nacionalidad 2: _____

Complete sólo si es extranjero: | País de residencia: _____ | Reside desde: ___/___/_____
 Nivel de estudios: No tiene Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado | Estudios completos Sí No

Situación de vivienda: Propia Familiar Prestada De la Empresa Alquilada Monto del alquiler: \$ _____

Apellido y Prenombre del Padre: _____ | Apellido y Prenombre de la Madre: _____

Domicilio Legal:

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: ____ | Dpto.: ____ | CP: _____
 Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Domicilio de correspondencia: (Completar si difiere del domicilio legal)

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: ____ | Dpto.: ____ | CP: _____
 Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: (____) - _____ - _____ | Teléfono celular: (____) - _____ - _____

E-mail: _____@_____ | Adhesión Resúmen Electrónico: Sí No

E-mail laboral _____@_____

Referencias (Completar en caso de no contar con teléfono de línea particular)

Apellido/s y prenombre/s: _____ | Teléfono: (____) - _____ - _____

Apellido/s y prenombre/s: _____ | Teléfono: (____) - _____ - _____

Domicilio y Teléfono Laboral

Teléfono laboral: _____
 Calle: _____ | N°: _____ | Piso: ____ | Dpto.: ____ | CP: _____
 Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Teléfono laboral: _____
 Calle: _____ | N°: _____ | Piso: ____ | Dpto.: ____ | CP: _____
 Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos del Cónyuge / Conviviente por más de dos años: Completar si no es cotitular / codeudor)

Apellido/s y prenombre/s: _____
 Tipo de documento: DN LC LE PAS N° _____ | Versión: Ejemplar _____
 Sexo: F M | Fecha de Nacimiento: ___/___/_____| Ocupación: _____
 ID Tributaria: CUIT CUIL CDI N°: _____ - _____ - _____
 Estado civil: Soltero Casado (Nupcias (____)) Viudo Divorciado Separado N° de hijos: _____
 Nacionalidad: _____ | País de nacimiento: _____ | Ciudad de Nacimiento: _____
 Otra Nacionalidad 1: _____ | Otra Nacionalidad 2: _____
 Complete sólo si es extranjero: | País de residencia: _____ | Reside desde: ___/___/_____

Actividad Principal del Titular

Situación Laboral: Empleado efectivo Empleado Contratado Independiente Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____ | Profesión: _____ | Cargo: _____

Complete si es empleado: Razón Social: _____ | CUIT N°: _____ - _____ - _____
 Fecha de ingreso: ___/___/_____| Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Complete si es Independiente: Fecha de inicio de actividades: ___/___/_____| Ingreso Anual según DDJJ Ingresos Brutos: \$ _____
 Fecha última DDJJ Ganancias: ___/___/_____| Resultado final de DDJJ Ganancias: \$ _____
 Categoría monotributo: _____ | Fecha (re) categorización: ___/___/_____

Complete si es jubilado: | Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Actividad Secundaria

Situación Laboral: Empleado efectivo Empleado Contratado Independiente Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____

Profesión: _____

Cargo: _____

Complete si es empleado:

Razón Social: _____

CUIT N°: _____ - _____ - _____

Fecha de ingreso: ____ / ____ / _____

Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias: ____ / ____ / _____

Resultado final de DDJJ Ganancias \$: _____

Categoría monotributo: _____

Fecha (re) categorización: ____ / ____ / _____

Complete si es jubilado:

Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Empleo Anterior (Completar en caso de no cumplir el requisito de antigüedad mínima)

Razón Social: _____

Teléfono: (_____) - _____ - _____

Fecha de ingreso: ____ / ____ / _____

Fecha de cese: ____ / ____ / _____

Condición Impositiva

ID Tributaria:

 CUIT CUIL CDI

N°: _____ - _____ - _____

IVA:

 Inscripto Exento Consumidor final Resp. Monotributo

Ganancias:

 Inscripto Exento No inscripto Excluido RG 830**Para completar por el titular**

Por medio de la presente _____ con CUIT/CUIL N° _____ declaro lo siguiente:

1. Persona Políticamente Expuesta (PEP): Sí No

Declaro conocer y aceptar la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" de la Unidad de Información Financiera. (Res. UIF 134/2018 modificatorias y complementarias) En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Me comprometo a informar cualquier modificación que se produzca al respecto, dentro de los 30 días de ocurrida, mediante presentación de una nueva Declaración jurada.

2. Sujeto Obligado (Art. 20 Ley N° 25.246): Sí No

En caso afirmativo se deberá presentar la correspondiente constancia de inscripción en el transcurso de los 30 días corridos de firmada la presente en cualquier sucursal de Banco Hipotecario S.A.

Completar en caso de ser Sujeto Obligado: Me encuentro debidamente inscripto ante la Unidad de Información Financiera en la categoría _____, cuya constancia adjunto. Declaro conocer el alcance de la ley N° 25.246, modificatorias y complementarias, y de las resoluciones emitidas por la Unidad de Información Declaro bajo juramento haber adoptado una política de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo acorde a la normativa vigente, y de la responsabilidad como sujeto obligado a informar a la Unidad de Información Financiera la existencia de operaciones sospechosas.**3. Origen y Licitud de Fondos:**

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 25.246 y Resolución de la Unidad de Información Financiera E-30/2017, normas complementarias y concordantes (en adelante la normativa) declaro bajo juramento que los fondos utilizados para las operaciones que se realicen con Banco Hipotecario S.A. provienen de las actividades lícitas declaradas en este mismo formulario. Por el presente acepto que la información y documentación Presentada ante Banco Hipotecario S.A. podrá ser compartida con sus subsidiarias (BACS, BHN Seguros Generales S.A.) respetando estrictas Medidas de seguridad y confidencialidad conforme lo autoriza la Res. UIF E-30/2017, art. 21 último párrafo.

4. FATCAA. El Cliente declara y garantiza que **NO** es una persona estadounidense bajo la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (por sus siglas en inglés) y que no está actuando en nombre y representación de una persona estadounidense. Una declaración falsa en este sentido puede ser pasible de penas en virtud de las leyes de los E.E.U.U. Si la situación impositiva del Cliente se modifica y se convierte en ciudadano o residente de los E.E.U.U. deberá notificar al Banco de este hecho en un plazo no mayor a 30 días de haberse producido el mismo.B. El Cliente declara y garantiza que **SI** es una persona estadounidense a los efectos indicados en el apartado A precedente, adjuntando el Formulario W-9 correctamente completado. El Cliente por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5°, 6° y concordantes de la Ley 25.326 y su decreto reglamentario 1558/01 para que el Banco proporcione información respecto de su persona y/o bienes, expresando que declina al secreto bancario, privacidad y protección de la información, facilitando de este modo el cumplimiento de la normativa de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (por sus siglas en inglés) y reconoce que ha sido previamente informado que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos previstos por la Ley 25.326. El cliente autoriza al Banco a retener un treinta por ciento (30%) sobre créditos imponibles que puedan ser recibidos en su cuenta, en el caso de que no suministrase al Banco la información que le sea requerida para documentar su condición de contribuyente estadounidense.

ID Contribuyente en E.E.U.U. - TIN (solo personas consideradas estadounidenses): N° _____

5. O.C.D.E.

A los efectos del intercambio de información de cuentas financieras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE, el Cliente declara tener residencia fiscal en el (los) país(es) detallados a continuación:

| País de residencia fiscal 1: | País de residencia fiscal 2: | País de residencia fiscal 3: |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Argentina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| CUIT N° ¹ : | N° identificación Tributaria -TIN- ¹ : | N° identificación Tributaria -TIN- ¹ : |
| _____ - _____ - _____ | _____ | _____ |

¹ Para residencia fiscal norteamericana, ingrese Social Security Number. Para otra residencia fiscal, ingrese el número de identificación tributaria que aplique.**Segundo Integrante** Es cónyuge del Titular / Conviviente por más de 2 años

Apellido/s y prenombre/s: _____

Tipo de documento:

 DNI LC LE PAS

N° _____ . _____ . _____

Versión:

Ejemplar _____

Sexo:

 F M

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

Para cliente no vidente: ¿Sabe Braille?: Sí No

Estado civil:

 Soltero Casado (Nupcias _____) Viudo Divorciado Separado

N° de hijos: _____

Régimen Patrimonial:

Matrimonio:

 Comunidad Separación de bienes

Unión convivencial por más de dos años:

 Con pacto de convivencia (adjuntar) Sin pacto de convivencia

Nacionalidad: _____

País de nacimiento: _____

Ciudad de Nacimiento: _____

Otra Nacionalidad 1: _____

Otra Nacionalidad 2: _____

Complete sólo si es extranjero:

País de residencia: _____

Reside desde: ____ / ____ / _____

Nivel de estudios: Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Estudios completos Sí No

Situación de vivienda: Propia Familiar Prestada De la Empresa Alquilada Monto del alquiler: \$ _____

Apellido y Prenombre del Padre: _____ | Apellido y Prenombre de la Madre: _____

Domicilio Legal:

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____
Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Domicilio de correspondencia: (Completar si difiere del domicilio legal)

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____
Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: (_____) - _____ - _____ | Teléfono celular: (_____) - _____ - _____

E-mail: _____@_____ | Adhesión Resumen Electrónico: Sí

E-mail laboral _____@_____

Referencias (Completar en caso de no contar con teléfono de línea particular)

Apellido/s y nombres/s: _____ | Teléfono: (_____) - _____ - _____

Apellido/s y nombres/s: _____ | Teléfono: (_____) - _____ - _____

Domicilio y Teléfono Laboral

Teléfono laboral: _____

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Teléfono laboral: _____

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos del Cónyuge / Conviviente por más de dos años: Completar si no es cotitular / codeudor)**Apellido/s y nombres/s:**

Tipo de documento: DNI LC LE PAS N° _____ | Versión: Ejemplar__

Sexo: F M | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ | Ocupación: _____

ID Tributaria: CUIT CUIL CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____

Estado civil: Soltero Casado (Nupcias: _____) Viudo Divorciado Separado N° de hijos: _____

Nacionalidad: _____ | País de nacimiento: _____ | Ciudad de Nacimiento: _____

Otra Nacionalidad 1: _____ | Otra Nacionalidad 2: _____

Complete sólo si es extranjero: _____ | País de residencia: _____ | Reside desde: ____/____/____

Actividad Principal del segundo integrante

Situación Laboral: Empleado efectivo Empleado Contratado Independiente Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____ | Profesión: _____ | Cargo: _____

Complete si es empleado: Razón Social: _____ | CUIT N°: ____ - ____ - ____ - ____
Fecha de ingreso: ____/____/____ | Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Complete si es Independiente: Fecha de inicio de actividades: ____/____/____ | Ingreso Anual según DDJJ Ingresos Brutos: \$ _____
Fecha última DDJJ Ganancias: ____/____/____ | Resultado final de DDJJ Ganancias \$: _____
Categoría monotributo: _____ | Fecha (re) categorización: ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Actividad Secundaria del segundo integrante

Situación Laboral: Empleado efectivo Empleado Contratado Independiente Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____ | Profesión: _____ | Cargo: _____

Complete si es empleado: Razón Social: _____ | CUIT N°: ____ - ____ - ____ - ____
Fecha de ingreso: ____/____/____ | Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Complete si es jubilado: Fecha última DDJJ Ganancias: ____/____/____ | Resultado final de DDJJ Ganancias \$: _____
Categoría monotributo: _____ | Fecha (re) categorización: ____/____/____
Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Empleo Anterior (Completar en caso de no cumplir el requisito de antigüedad mínima)

Razón Social: _____ | Teléfono: (_____) - _____ - _____

Condición Impositiva

ID Tributaria: CUIT CUIL CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____

IVA: Inscripto Exento Consumidor final Resp. Monotributo No categorizado

Ganancias: Inscripto Exento No inscripto Excluido RG 830

Para completar por el segundo integrante

Por medio de la presente _____ con CUIT/CUIL N° _____ declaro lo siguiente:

1. Persona Políticamente Expuesta (PEP): Sí No

Declaro conocer y aceptar la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" de la Unidad de Información Financiera. (Res. UIF 134/2018 modificatorias y complementarias). En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____
comprometo a informar cualquier modificación que se produzca al respecto, dentro de los 30 días de ocurrida, mediante presentación de una nueva declaración jurada.

2. Sujeto Obligado (Art. 20 Ley N° 25.246): Sí No

En caso afirmativo se deberá presentar la correspondiente constancia de inscripción en el transcurso de los 30 días corridos de firmada la presente en cualquier sucursal de Banco Hipotecario S.A.

Completar en caso de ser Sujeto Obligado:

[] Me encuentro debidamente inscripto ante la Unidad de Información Financiera en la categoría _____, cuya

constancia adjunto.

Declaro conocer el alcance de la ley N° 25.246, modificatorias y complementarias, y de las resoluciones emitidas por la Unidad de Información Financiera.

Declaro bajo juramento haber adoptado una política de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo acorde a la normativa vigente, y de la responsabilidad como sujeto obligado a informar a la Unidad de Información Financiera la existencia de operaciones sospechosas.

3. Origen y Licitud de Fondos:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 25.246 y Resolución de la Unidad de Información Financiera E-30/2017, normas complementarias y concordantes (en adelante la normativa) declaro bajo juramento que los fondos utilizados para las operaciones que se realicen con Banco Hipotecario S.A. provienen de las actividades lícitas declaradas en este mismo formulario. Por el presente acepto que la información y Documentación Presentada ante Banco Hipotecario S.A. podrá ser compartida con sus subsidiarias (BACS, BHN Seguros Generales S.A.) respetando estrictas Medidas de seguridad y confidencialidad conforme lo autoriza la Res. UIF E-30/2017, art. 21 último párrafo.

4. FATCA

A. El Cliente declara y garantiza que **NO** es una persona estadounidense bajo la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (por sus siglas en inglés) y que no está actuando en nombre y representación de una persona estadounidense. Una declaración falsa en este sentido puede ser pasible de penas en virtud de las leyes de los E.E.U.U. Si la situación impositiva del Cliente se modifica y se convierte en ciudadano o residente de los E.E.U.U. deberá notificar al Banco de este hecho en un plazo no mayor a 30 días de haberse producido el mismo.

B. El Cliente declara y garantiza que SI es una persona estadounidense a los efectos indicados en el apartado A precedente, Adjuntando el Formulario W-9 correctamente completado. El Cliente por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5°, 6° y concordantes de la Ley 25.326 y su decreto reglamentario 1558/01 para que el Banco proporcione información respecto de su persona y/o bienes, expresando que declina al secreto bancario, privacidad y protección de la información, facilitando de este modo el cumplimiento de la normativa de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras FATCA (por sus siglas en inglés) y reconoce que ha sido previamente informado que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos previstos por la Ley 25.326.

El cliente autoriza al Banco a retener un treinta por ciento (30%) sobre créditos imponibles que puedan ser recibidos en su cuenta, en el caso de que no suministrase al Banco la información que le sea requerida para documentar su condición de contribuyente estadounidense.

ID Contribuyente en E.E.U.U. – TIN (solo personas consideradas estadounidenses): N° _____

5. O.C.D.E.

A los efectos del intercambio de información de cuentas financieras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE, el Cliente declara tener residencia fiscal en el (los) país(es) detallados a continuación:

| País de residencia fiscal 1: | País de residencia fiscal 2: | País de residencia fiscal 3: |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Argentina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| CUIL N° ¹ : | N° identificación Tributaria –TIN- ¹ : | N° identificación Tributaria –TIN- ¹ : |
| _____ | _____ | _____ |

¹Para residencia fiscal norteamericana, ingrese Social Security Number. Para otra residencia fiscal, ingrese el número de identificación tributaria que aplique

Tercer Integrante

Es cónyuge del Titular / Conviviente por más de 2 años.

Apellido/s y prenombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC PAS N° _____ | Versión: _____ Ejemplar _____

Sexo: F M | Fecha de Nacimiento ____/____/____ | Para cliente no vidente: ¿Sabe Braille?: Si No

Estado civil: Soltero Casado (Nupcias ____/____/____) Viudo Divorciado Separado N° de hijos: _____

Régimen Patrimonial: **Matrimonio:** Comunidad Separación de bienes

Unión convivencial por más de dos años Con pacto de convivencia (adjuntar) Sin pacto de convivencia

Nacionalidad: _____ | País de nacimiento: _____ | Ciudad de Nacimiento: _____

Otra Nacionalidad 1: _____ | Otra Nacionalidad 2: _____

Complete sólo si es extranjero: País de residencia: _____ | Reside desde: ____/____/____

Nivel de estudios: Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado | Estudios completos Sí No

Situación de vivienda: Propia Familiar Prestada De la Empresa Alquilada Monto del alquiler: \$ _____

Apellido y Prenombr del Padre: _____ | Apellido y Prenombr de la Madre: _____

Domicilio Legal:

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Domicilio de correspondencia: (Completar si difiere del domicilio legal)

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: (____) - _____ - _____ | Teléfono celular: (____) - _____ - _____

E-mail: _____ @ _____

Adhesión Resumen Electrónico: Sí

E-mail laboral _____ @ _____

Referencias (Completar en caso de no contar con teléfono de línea particular)

Apellido/s y prenombrs/s:

Teléfono: (_____) - _____ - _____

Apellido/s y prenombrs/s:

Teléfono: (_____) - _____ - _____

Domicilio y Teléfono Laboral

Teléfono laboral: _____

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Teléfono laboral: _____

Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____

Ubicación (Barrio): _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____

Datos del Cónyuge / Conviviente por más de dos años: Completar si no es cotitular / codeudor)

Apellido/s y prenombrs/s:

Tipo de documento: DNI LC PAS N° _____ | Versión: Ejempl:Sexo: F M | Fecha Nacimiento: ____/____/____ | Ocupación: _____ID Tributaria: CUIT CUIL N°: ____ - ____ - ____ - ____Estado civil: Soltero Casado (Nupcias _____) Viudo Divorciado Separado N° de hijos: _____

Nacionalidad: _____ | País de nacimiento: _____ | Ciudad de Nacimiento: _____

Otra Nacionalidad

1: _____ | Otra Nacionalidad 2: _____

Complete sólo si es extranjero: _____ | País de residencia: _____ | Reside desde: ____/____/____

Actividad Principal del tercer integranteSituación Laboral: Empleado efectivo Empleado Contratado Independiente Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____ | Profesión: _____ | Cargo: _____

Complete si es empleado: Razón Social: _____ | CUIT N°: ____ - ____ - ____ - ____
Fecha de ingreso: ____/____/____ | Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Complete si es Independiente:

Fecha de inicio de actividades: ____/____/____ | Ingreso Anual según DDJJ Ingresos Brutos: \$ _____
Fecha última DDJJ Ganancias: ____/____/____ | Resultado final de DDJJ Ganancias \$: _____
Categoría monotributo: _____ | Fecha (re) categorización: ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Actividad Secundaria del tercer integranteSituación Laboral: Empleado efectivo Empleado contratado Indepen Jubilado Otro Detallar: _____

Ramo: _____ | Profesión: _____ | Cargo: _____

Complete si es empleado: Razón Social: _____ | CUIT N°: ____ - ____ - ____ - ____
Fecha de ingreso: ____/____/____ | Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias: ____/____/____ | Resultado final de DDJJ Ganancias \$: _____

Categoría monotributo: _____ | Fecha (re) categorización: ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Empleo Anterior (Completar en caso de no cumplir el requisito de antigüedad mínima)

Razón Social: _____ | Teléfono: (_____) - _____ - _____

Condición ImpositivaID Tributaria: CUIT CUI CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____IVA: Inscripto Exe Consumidor final Resp. Monotributo No categorizadoGanancias: Inscripto Exe No inscripto Excluido RG 830**Para completar por el tercer integrante**

Por medio de la presente _____ con CUIT/CUIL N° _____ declaro lo siguiente:

1. Persona Políticamente Expuesta (PEP): Sí No

Declaro conocer y aceptar la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" de la Unidad de Información Financiera. (Res. UIF 138/2018 modificatorias y complementarias)

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____.

Me comprometo a informar cualquier modificación que se produzca al respecto, dentro de los 30 días de ocurrida, mediante presentación de una nueva declaración jurada.

2. Sujeto Obligado (Art. 20 Ley N° 25.246): Sí

En caso afirmativo se deberá presentar la correspondiente constancia de inscripción en el transcurso de los 30 días corridos de firmada la presente en cualquier sucursal de Banco Hipotecario S.A.

Completar en caso de ser Sujeto Obligado:

- Me encuentro debidamente inscripto ante la Unidad de Información Financiera en la categoría _____, cuya constancia adjunto.
- Declaro conocer el alcance de la ley N° 25.246, modificatorias y complementarias, y de las resoluciones emitidas por la Unidad de Información Financiera.
- Declaro bajo juramento haber adoptado una política de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo acorde a la normativa vigente, y de la responsabilidad como sujeto obligado a informar a la Unidad de Información Financiera la existencia de operaciones sospechosas.

3. Origen y Licitud de Fondos:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 25.246 y Resolución de la Unidad de Información Financiera E-30/2017, normas complementarias y concordantes (en adelante la normativa) declaro bajo juramento que los fondos utilizados para las operaciones que se realicen con Banco Hipotecario S.A. provienen de las actividades lícitas declaradas en este mismo formulario. Por el presente acepto que la información y documentación presentada ante Banco Hipotecario S.A. podrá ser compartida con sus subsidiarias (BACS, BHN Seguros Generales S.A.) respetando estrictas medidas de seguridad y confidencialidad conforme lo autoriza la Res. UIF E-30/2017, art. 21 último párrafo.

4. FATCA

A. El Cliente declara y garantiza que **NO** es una persona estadounidense bajo la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (por sus siglas en inglés) y que no está actuando en nombre y representación de una persona estadounidense. Una declaración falsa en este Sentido puede ser pasible de penas en virtud de las leyes de los E.E.U.U. Si la situación impositiva del Cliente se modifica y se convierte en ciudadano o residente de los E.E.U.U. deberá notificar al Banco de este hecho en un plazo no mayor a 30 días de haberse producido el mismo.

B. El Cliente declara y garantiza que **SI** es una persona estadounidense a los efectos indicados en el apartado A precedente, adjuntando el Formulario W-9 correctamente completado. El Cliente por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5°, 6° y concordantes de la Ley 25.326 y su decreto reglamentario 1558/01 para que el Banco proporcione información respecto de su persona y/o bienes, expresando que declina al secreto bancario, privacidad y protección de la información, facilitando de este modo el cumplimiento de la normativa de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (por sus siglas en inglés) y reconoce que ha sido previamente informado que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos previstos por la Ley 25.326. El cliente autoriza al Banco a retener un treinta por ciento (30%) sobre créditos imponibles que puedan ser recibidos en su cuenta, en el caso de que no suministrase al Banco la información que le sea requerida para documentar su condición de contribuyente estadounidense.

ID Contribuyente en E.E.U.U. – TIN (solo personas consideradas estadounidenses): N° _____

5. O.C.D.E.

A los efectos del intercambio de información de cuentas financieras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE, el Cliente declara tener residencia fiscal en el (los) país(es) detallados a continuación:

| País de residencia fiscal 1: | País de residencia fiscal 2: | País de residencia fiscal 3: |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Argentina _____ | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| CUIL N°1: | N° identificación Tributaria –TIN-1: | N° identificación Tributaria –TIN-1: |

¹ Para residencia fiscal norteamericana, ingrese Social Security Number. Para otra residencia fiscal, ingrese el número de identificación tributaria que aplique.

Selección de Productos Bancarios

Cartera de consumo

Convenio n°: _____

 Cuentas

- Caja de Ahorro en Pesos | Cuenta Sueldo/ de la seguridad social | Cuenta Comitante
- Caja de Ahorro en Dolares | Cuenta Corriente Acuerdo: Limite del acuerdo: \$ _____

Caja de seguridad Grande Mediana Chica

Forma de pago

Debitaremos el precio de Cuentas BH: CC CA N°: _____

UTILIZACIÓN DEL PRODUCTO

Uso de Caja de Seguridad Personal Profesional Comercial

Frecuencia Mensual Menos de 5 Entre 5 y 10 Más de 10

 Paquetes de Productos

| | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Fácil Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S <input type="radio"/> Plan sueldo <input type="radio"/> Cartera General | <input type="radio"/> Buho Pack Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Internacional <input type="radio"/> Plan sueldo <input type="radio"/> Cartera General | <input type="radio"/> Gold Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Gold <input type="radio"/> Plan sueldo <input type="radio"/> Cartera General |
| <input type="radio"/> Platinum Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Platinum <input type="radio"/> Plan sueldo <input type="radio"/> Cartera General | <input type="radio"/> Black Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Signature <input type="radio"/> Plan sueldo <input type="radio"/> Cartera General | <input type="radio"/> Emprendedor Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Internacional Gold o Platinum <input type="radio"/> Monotributista |
| <input type="radio"/> Emprendedor Black Pack Cuenta Corriente/ Caja de Ahorro en U\$S/ Tarjeta de Crédito Visa Internacional Gold o Platinum <input type="radio"/> Monotributista <input type="radio"/> Resp. inscripto | | |

Productos actuales a incorporar al paquete:

- Cuenta Corriente Bancaria N°: _____ | Cta. Sueldo/ de la Seguridad Social N°: _____
 Tarjeta de débito N°: _____ | Tarjeta de crédito. Cuenta N°: _____

Uso de los productos: **Uso personal / Ahorros** **Giro Comercial** **Giro profesional** **Otros: Detallar****Débito Automático de comisión de Paquete desde cuenta del BH S.A.:**

- Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____

 Tarjetas de Crédito Visa

- Límite solicitado: \$ _____ | Cartera: _____
 Nacional Internacional Gold Platinum Signature

Grupo de Afinidad:

- Espacio Dueños | AerolineasPlus

Débito Automático desde cuenta del BH S.A.:

- Pago Total | Pago Mínimo
 Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____

Adicional 1

Apellido/s y prenombre/s: _____
 Tipo de documento: DNI LC I PAS N°: _____
 Fecha de nacimiento: |__|__|__| Sexo: F M | Es menor: S N | Vínculo con el titular: _____ | Estado civil: _____
 Teléfono celular: (_____) - _____ | E-mail: _____@_____
 CUIT CUIL CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____ | Límite tarjeta adicional 1: _____ %

Adicional 2

Apellido/s y prenombre/s: _____
 Tipo de documento: DNI LC I PAS N°: _____
 Fecha de nacimiento: |__|__|__| Sexo: F M Es menor: S N | Vínculo con el titular: _____ | Estado civil: _____
 Teléfono celular: (_____) - _____ | E-mail: _____@_____
 CUIT CUIL CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____ | Límite tarjeta adicional 1: _____ %

Adicional 3

Apellido/s y prenombre/s: _____
 Tipo de documento: DNI LC I PAS N°: _____
 Fecha de nacimiento: |__|__|__| Sexo: F M Es menor: S N | Vínculo con el titular: _____ | Estado civil: _____
 Teléfono celular: (_____) - _____ | E-mail: _____@_____
 CUIT CUIL CDI N°: ____ - ____ - ____ - ____ | Límite tarjeta adicional 1: _____ %

Solicitud Tarjeta Adicional para Menores de Edad

Solicito una tarjeta adicional para de mi hijo/a _____ de ____ años, DNI N°: _____, quien hará uso de dicha tarjeta en mi nombre y representación (art. 1323 del Código Civil y Comercial de la Nación). Asumo toda responsabilidad por los actos realizados por el/la menor autorizado/a a operar con la tarjeta, constituyéndome en obligado directo y principal pagador de las obligaciones emergentes del uso de la misma.

 Préstamo Personal

Monto desembolsado: \$ _____ | Monto financiado: \$ _____ | Moneda: Pesos | Plazo (en meses): _____
 Tasa: _____ % | TNA: _____ % | TEM: _____ % | TEA: _____ % | CFT⁽¹⁾: _____ %

Destino de los fondos:

- Hogar | Automotor | Compra/Refacción de vivienda/ Ampliación y/o mejora de vivienda única y permanente
 Turismo | Otros.
 Cancelación de deudas

Forma de desembolso del préstamo(*):

- Efectivo
 Cuentas del BH: Cuenta Corriente Caja de ahorro N° _____

Forma de pago():**

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes

Débito Automático de su cuota desde (*):**

- Tarjeta de crédito BH SA N° _____
 Cuentas del BH: Cuenta Corriente Caja de ahorro N° _____
 Efectivo

(1) Según normativa establecida por el Banco Central de la República Argentina. CFT máximo. El mismo podrá disminuir según la cantidad de días que transcurran entre el desembolso y la primera cuota.

CFT _____ %

(*) Solicito y autorizo al Banco Hipotecario S.A. que, en caso de serme otorgado el Préstamo solicitado se desembolse el importe del mismo en la cuenta determinada en esta Solicitud.

(**) Las formas de pago son las establecidas en la cláusula 5 de la presente Solicitud.

(***) Autorizo y presto conformidad al Banco Hipotecario S.A. a debitar de la cuenta de mi titularidad, por medio del Sistema Nacional de Pagos, cualquier importe que se devengue con motivo del Préstamo y hasta su total cancelación. Los débitos autorizados se registrarán por lo establecido en la cláusula 5 de la presente Solicitud.

Préstamo Hipotecario BH **PH UVA | Solución Casa Propia**

Monto solicitado: \$ _____ | **Monto financiado:** \$ _____ | **Moneda:** Pesos | **Plazo (en meses):** _____
Sistema de amortización: Francés | **Tipo de Tasa:** Fija Variable
Tasas: | TNA: _____ % | TEM: _____ % | TEA: _____ % | CFT(1): _____ %

(1): El CFT será indicado en el formulario. “Comisiones, cargos y tasas para personas físicas - Créditos hipotecarios ajustable expresado en UVA” Comisiones, cargos y tasas para personas físicas Solucion Casa propia”, según corresponda

Valor de la garantía: \$ _____ | **Valor del terreno:** \$ _____ | **Valor de obra:** \$ _____
Tipo de garantía: Vivienda | **Antigüedad de la garantía:** _____ (en años)

Destino de los fondos:

Compra de Vivienda Nueva Compra de Vivienda Usada Construcción de Vivienda Terminación de Vivienda Ampliación de Vivienda

Destino de la garantía:

Vivienda permanente Vivienda Secundaria

Forma de desembolso del préstamo: Cuentas del BH S.A.:

Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____
 Inmueble BU Propio Inmueble Fiducia Tomada

Forma de pago:

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde cuenta del BH S.A.:

Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____

Seguro de vivienda

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora del riesgo de vivienda, según términos, condiciones y alcances determinadas en las respectivas cláusulas.

BHN Seguros Generales S.A. | Mapfre Argentina Seguros S.A. | Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.

 Préstamo Puesto – UVA – Préstamo 1

Monto solicitado: \$ _____ | **Monto financiado:** \$ _____ | **Moneda:** Pesos | **Plazo (en meses):** _____
Sistema de amortización: Francés | **Tipo de Tasa:** Fija Variable
Tasas: | TNA: _____ % | TEM: _____ % | TEA: _____ % | CFT(1): _____ %

(1) El CFT será indicado en el formulario. “Comisiones, cargos y tasas para personas físicas - Créditos hipotecarios ajustable expresado en UVA – Prestamo Puesto”

Valor de la garantía: \$ _____ | **Valor del terreno:** \$ _____ | **Valor de obra:** \$ _____
Tipo de garantía: Vivienda | **Antigüedad de la garantía:** _____ (en años)

Destino de los fondos:

Compra de Vivienda Nueva Compra de Vivienda Usada Construcción de Vivienda Terminación de Vivienda Ampliación de Vivienda

Destino de la garantía:

Vivienda permanente Vivienda Secundaria Antigüedad de la garantía (en años) _____

Forma de desembolso del préstamo: Cuentas del BH S.A.:

Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____
 Efectivo Inmueble BU Propio Inmueble Fiducia Tomada

Forma de pago:

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde:

Tarjeta de crédito BH No _____)
 Cuenta Corriente BH N°: _____)
) Caja de Ahorro BH en Pesos N°: _____
) Desde otra cuentas:
) Caja de ahorros N°: _____
) Cuenta Corriente N°: _____
) CBU _____ Entidad _____

Seguro de Vivienda De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora del riesgo de vivienda, según términos, condiciones y alcances determinadas en las respectivas cláusulas.

BHN Seguros Generales S.A. | Mapfre Argentina Seguros S.A. | Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.

 Préstamo Puesto – UVA – Préstamo 2

Monto solicitado: \$ _____ | **Monto financiado:** \$ _____ | **Moneda:** Pesos | **Plazo (en meses):** _____
Sistema de amortización: Francés | **Tipo de Tasa:** Fija Variable
Tasas: | TNA: _____ % | TEM: _____ % | TEA: _____ % | CFT(1): _____ %

(1) El CFT será indicado en el formulario. “Comisiones, cargos y tasas para personas físicas - Créditos hipotecarios ajustable expresado en UVA – Prestamo Puesto”

Valor de la garantía: \$ _____ | Valor del terreno: \$ _____ | Valor de obra: \$ _____

Tipo de garantía: Vivienda | Antigüedad de la garantía: _____ (en años)

Destino de los fondos:

- Compra de Vivienda Nueva Compra de Vivienda Usada Construcción de Vivienda Terminación de Vivienda Ampliación de Vivienda

Destino de la garantía:

- Vivienda permanente Vivienda Secundaria Antigüedad de la garantía (en años) _____

Forma de desembolso del préstamo: Cuentas del BH S.A.:

- Cuenta Corriente N°: _____ Caja de Ahorro en Pesos N°: _____
 Efectivo Inmueble Fiducia Tomada
 Inmueble BU Propio

Forma de pago:

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde:

- Tarjeta de crédito BH No _____ Caja de Ahorro BH en Pesos N°: _____
 Cuenta Corriente BH N°: _____ Desde otra cuentas:
 Caja de ahorros N°: _____
 Cuenta Corriente N°: _____
 CBU _____ Entidad _____

Seguro de Vivienda De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora del riesgo de vivienda, según términos, condiciones y alcances determinadas en las respectivas cláusulas.

- BHN Seguros Generales S.A. Mapfre Argentina Seguros S.A. Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.

PROCREAR – Lotes con servicios

Monto solicitado: \$ _____ | Monto financiado: \$ _____ | Moneda: Pesos | Plazo (en meses): _____

Sistema de amortización: Francés

Valor de la garantía: _____ | Valor del terreno: _____ | Valor de obra: _____

Destino de los fondos: Construcción de vivienda única y permanente con anticipo para la adquisición del terreno donde se realizará la obra.

Tipo de garantía: Lote de terreno destinado a vivienda única y permanente.

Destino de la garantía: Vivienda única y permanente.

Forma de desembolso del préstamo: Cuentas del BH S.A.:

- Cuenta Corriente N°: _____ Caja de Ahorro en Pesos N°: _____

Forma de pago:

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde cuenta del BH S.A.:

- Cuenta Corriente N°: _____ Caja de Ahorro en Pesos N°: _____

Para ingresos desde \$ _____ Hasta \$ _____

Tipo de tasa : Fija

Tasa primer tramo : T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Tasa segundo tramo : T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Costo financiero total 1): _____ %

(1) El CFT será indicado en el formulario

“Anexo Comisiones y tasas para préstamo hipotecario Procrear – Lotes con servicios”

Para ingresos desde \$ _____ Hasta \$ _____

Tipo de tasa): Combinada

Tasa fija tramo : T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ % C.F.T 1): _____ %

Tasa variable segundo tramo 2: T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ % C.F.T. 2: _____ %

(1 El CFT será indicado en el formulario “Anexo Comisiones y tasas para préstamo hipotecario Procrear – Lotes con servicios”

2) la variabilidad estará dada en función del incremento del coeficiente de variación salarial (CVS) que publica el INDEC conforme lo establecido en la cláusula 2.5 del contrato mutuo.

(2) El C.F.T. consignado podrá variar (i) respecto de la tasa fija según la cantidad de días que transcurran entre el desembolso y el vencimiento de la primera cuota: y (ii) respecto variable, en función del eventual incremento de la tasa de interés en función del sistema de ajuste general de tasa. El CFT será indicado en el formulario

“Anexo Comisiones y tasas para préstamo hipotecario Procrear – Lotes con servicios”

Seguros: De conformidad con la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora de riesgo de incendio, fallecimiento e invalidez total y permanente, según términos, condiciones y alcances determinados en las respectivas cláusulas.

- BHN Vida S.A. Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.

Desarrollos urbanísticos en pesos

Monto financiado: \$ _____ | Moneda: Pesos | Plazo (en meses): _____

Sistema de amortización: Francés

Valor de la garantía: _____ | Antigüedad de la garantía: (en meses): _____

Destino de los fondos: Compra de vivienda nueva (Desarrollos urbanísticos Procrear).

Tipo de garantía: Vivienda

Destino de la garantía: Vivienda única y permanente.

Forma de pago:

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde cuenta del BH S.A.: Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____**Para ingresos desde \$ _____ hasta \$ _____**

Tipo de tasa : Fija

Tasa primer tramo (:): T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Tasa segundo tramo (:1) T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Costo financiero total (2): _____ %

1) la variabilidad estará dada en función del incremento del coeficiente de variación salarial (CVS) que publica el INDEC conforme lo establecido en la cláusula 2.2 del convenio de financiación.

(2) El C.F.T. consignado podrá variar (i) respecto de la tasa fija según la cantidad de días que transcurran entre el desembolso y el vencimiento de la primera cuota: y (ii) respecto de las tasa variables, en función del eventual incremento de la tasa de interés en función del sistema de ajuste general de tasa.

El CFT será indicado en el formulario “El CFT será indicado en el formulario “Anexo Comisiones y tasas para financiación de saldo de precio para adquisición de vivienda unica a estrenar – Desarrollos urbanísticos PROCREAR”.

Seguros: De conformidad con la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora de riesgo de incendio, fallecimiento e invalidez total y permanente, según términos, condiciones y alcances determinados en las respectivas cláusulas. BHN Vida S.A. | Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.**Desarrollos urbanísticos en UVA**

Monto financiado: \$ _____ | Moneda: Pesos | Plazo (en meses): _____

Sistema de amortización: Francés

Valor de la garantía: _____ | Antigüedad de la garantía: (en meses): _____

Destino de los fondos: Compra de vivienda nueva (Desarrollos urbanísticos Procrear).**Tipo de garantía:** Vivienda**Destino de la garantía:** Vivienda única y permanente.**Forma de pago:**

Día de vencimiento de las cuotas: _____ de cada mes.

Débito Automático de su cuota desde cuenta del BH S.A.: Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____**Para segmento 1:**

Tipo de tasa: Fija

Tasa primer tramo (:): T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Tasa segundo tramo (1): T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Costo financiero total (1): _____ %

Para segmento 2:

Tipo de tasa (:): fija

Tasa fija tramo (:): T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Tasa variable segundo tramo (:): T.N.A.: _____ % T.E.M.: _____ % T.E.A.: _____ %

Seguros: De conformidad con la normativa vigente en la materia, manifiesto con carácter de declaración jurada mi elección sobre la compañía de seguros a contratar como aseguradora de riesgo de incendio, fallecimiento e invalidez total y permanente, según términos, condiciones y alcances determinados en las respectivas cláusulas BHN Vida S.A. | Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.**Seguros Opcionales****Seguro de Compra Protegida** BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Seguros Generales S.A. con domicilio en Avenida

Rivadavia 611 piso 10 (C1002AAE) CABA

Opción elegida:

| Cobertura | Opción |
|--|--------|
| Robo/Daño Material por Accidente a Bienes Muebles adquiridos con tarjeta de crédito o débito. Reposición/ Reparación o Indemnización hasta | |
| Precio Mensual | |

Medio de pago: Tarjeta de Crédito | Tipo de Tarjeta: _____ | Fecha de expiración: ____ / ____

N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ (16 dígitos)

Seguro de Hogar BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Seguros Generales S.A. con domicilio en Avenida Rivadavia 611

Piso 10 (C1002AAE) CABA

Datos del inmueble asegurado:

Calle: _____ | Nro: _____ | Piso: _____ | Dto: _____

Teléfono: _____ | Localidad: _____ | Provincia: _____ | C.P.: _____

Tipo de Vivienda: Casa en Country o Barrio Privado | Casa o departamento en 1er Piso Departamento en Country o Barrio Privado | Departamento

Opción elegida:

| COBERTURA | SUMAS ASEGURADAS | DEDUCIBLES |
|--|------------------|------------|
| Incendio y Otros daños Materiales del Edificio con Granizo | | |
| Incendio de Contenido General | | |
| Multirisgo Electrodomésticos | | |
| Cristales | | |
| Robo – Hurto Contenido General Incluye Anexos y Bauleras | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Daños al inmueble por Robo – Hurto | | | | | |
| Responsabilidad Civil por incendio o explosión | | | | | |
| Alojamiento a causa de incendio o explosión | | | | | |
| Gastos de Limpieza, Restiro de Escombros | | | | | |
| RC Hechos Privados | | | | | |
| Precio Mensual | | | | | |

Medio de pago:

- Cuota Préstamo BH: _____ | Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)
 Débito en Cuenta Banco: _____ | N° de Cuenta: _____
 CBU: _____ (22 dígitos)
 Tarjeta de Crédito | Tipo de Tarjeta: _____ | Fecha de expiración: ____ / ____
 N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ (16 dígitos)

Seguro Robo en Cajeros Automáticos BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Seguros Generales S.A. con domicilio en Av Rivadavia 611 piso 10 (C1002AAE) CABA

Datos del seguro solicitado:

| COBERTURAS | | |
|--------------------------|-------------------|-----------------|
| 1er Evento – Robo hasta | Cajero automático | 80.000 |
| | Cajero Humano | 160.000 |
| 2do Evento- Robo hasta | Cajero automático | 40.697 |
| | Cajero Humano | 0 |
| Reposición de Documentos | | 3.000 |
| PRECIO MENSUAL | | \$470,00 |

Tarjeta que se solicita asegurar N° _____ (16 dígitos)

Frecuencia de pago de premio: Mensual

Forma de pago: Débito en Cuenta BH S.A.:

- Cuenta Corriente N°: _____ | Caja de Ahorro en Pesos N°: _____
 CBU: _____ (22 dígitos)

Seguro Accidentes Personales BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Vida S.A., con domicilio en Avenida Rivadavia 611 Piso 10 (C1002AAE) CABA

Opción elegida:

| COBERTURAS | OPCIONES | | | |
|---|----------|--|--|--|
| Fallecimiento Accidental o Invalidez Total y Permanente | | | | |
| Renta diaria por hospitalización a causa de accidente | | | | |
| Reembolso por gastos de medicamentos/farmacéuticos | | | | |
| PRECIO MENSUAL | | | | |

Designación de Beneficiarios:

| Apellido y Nombre | Tipo y N° de Documento | Vínculo con el asegurado | Teléfono | % de participación |
|-------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(* En caso de designar más de un beneficiario, deberá determinar el porcentaje de participación de cada uno, caso contrario, se entenderá que el beneficio es por partes Tomo conocimiento que en caso de no completar la presente designación, se tomará como beneficiarios de este seguro a los herederos legales, conforme a las cuotas hereditarias (Art.145 de la Ley de Seguros).

Medio de pago:

- Cuota Préstamo BH: _____ | Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)
 Débito en Cuenta Banco: _____ | N° de Cuenta: _____
 CBU: _____ (22 dígitos)
 Tarjeta de Crédito | Tipo de Tarjeta: _____ | Fecha de expiración: ____ / ____
 N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ (16 dígitos)

Seguro de Vida BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Vida S.A., con domicilio en Avenida Rivadavia 611 Piso 10 (C1002AAE) CABA

Declaración jurada de salud:

| Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades en los últimos 5 (cinco) años: | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Tumores Malignos (Cáncer) | | |
| 2. Enfermedad Vascular Cerebral (ACV) | | |
| 3. Angina de Pecho – Infarto Agudo de Miocardio (IAM) – Infarto | | |
| 4. Diabetes (DBT) – Azúcar en sangre | | |
| 5. Hipertensión arterial (HTA) – Presión Alta | | |
| 6. Insuficiencia Renal / Hepática /Cardíaca | | |

Declaro bajo juramento no estar en conocimiento de padecer o haber padecido en los últimos 5 (cinco) años las siguientes enfermedades, notificándome que las mismas son exclusiones a la cobertura: cáncer, accidente cerebro vascular, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, hepática o cardíaca.

Plazo de carencia por enfermedades preexistentes: no se otorgará cobertura por 180 días respecto de cualquier enfermedad preexistente. Sin perjuicio de ello, BHN Vida S.A. podrá solicitar requisitos adicionales de asegurabilidad.

Opción elegida:

| COBERTURAS | OPCIONES SUMAS ASEGURADAS | | | |
|-----------------------------|---------------------------|--|--|--|
| Muerte | | | | |
| Adicional Muerte Accidental | | | | |
| Diag. Enfermedades Críticas | | | | |
| PRECIO MENSUAL | | | | |

Designación de Beneficiarios:

| Apellido y Nombre | Tipo y N° de Documento | Vínculo con el asegurado | Teléfono | % de participación |
|-------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*) En caso de designar más de un beneficiario, deberá determinar el porcentaje de participación de cada uno, caso contrario, se entenderá que el beneficio es por partes. Tomo conocimiento que en caso de no completar la presente designación, se tomará como beneficiarios de este seguro a los herederos legales, conforme a las cuotas hereditarias (Art.145 de la Ley de Seguros).

Medio de pago:

- Cuota Préstamo BH: _____ | Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)
- Débito en Cuenta Banco: _____ | N° de Cuenta: _____
- CBU: _____ (22 dígitos)
- Tarjeta de Crédito | Tipo de Tarjeta: _____ | Fecha de expiración: ____ / ____
- N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ (16 dígitos)

○ Seguro desempleo BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Seguros Generales S.A., con domicilio en Avenida Rivadavia 611 Piso 10 (C1002AAE) CABA

| | |
|-------------------------|---|
| Riesgo Cubierto: | Pérdida de los ingresos derivados de las ocupaciones habituales del asegurado. Acorde Términos, Condiciones y Exclusiones de la póliza. |
| Suma asegurada: | |
| Precio Mensual: | |
| Tasa de premio mensual: | Beneficiario: Asegurado |

Medio de pago:

- Cuota Préstamo BH: _____ | Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)

○ Seguro de Accidentes personales –Invalidez total y temporaria BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Vida SA con domicilio en Avenida Rivadavia 611 Piso 10 (C1002AAE) CABA

| | |
|-------------------------|---|
| Riesgo Cubierto: | Pérdida de los ingresos derivados de las ocupaciones habituales del asegurado a causa de Accidentes que le ocasionen una Invalidez Total Temporaria y/o muerte accidental. Acorde Términos, Condiciones y Exclusiones de la póliza. |
| Suma asegurada: | |
| Precio Mensual: | |
| Tasa de premio mensual: | Beneficiario: Invalidez Total Temporaria por accidente: Asegurado Beneficiario: Muerte accidental: Beneficiarios del Asegurado |
| Medio de pago: | <input type="radio"/> Cuota Préstamo BH: _____ Código de Préstamo: _____ (10 dígitos) |

Designación de Beneficiarios:

| Apellido y Nombre | Tipo y N° de Documento | Vínculo con el asegurado | Teléfono | % de participación |
|-------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

○ Seguro de Salud BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., con domicilio en Alférez Hipólito Bouchard 4191, Munro

Responda a estas preguntas sobre el titular y todos los familiares que propone asegurar:

En caso de respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas deberá ampliar y dar detalles completos de diagnóstico, fecha de diagnóstico, operación, tratamiento, medicina, grado de recuperación, estado actual.

1- ¿Ha estado o está usted o algún miembro de su grupo familiar, enfermo, internado por alguna enfermedad o accidentado con secuelas, en los últimos 10 años? SI / NO

2- ¿Ha realizado o realiza actualmente, usted o algún miembro de su grupo familiar algún tratamiento, recibe medicación, se encuentra en observación o está en control por alguna enfermedad? SI / NO

Datos grupo Familiar

| Parentesco | Apellido y Nombre | DNI | Fecha de nacimiento |
|------------|-------------------|-----|---------------------|
| | | | |
| | | | |

Beneficiarios:

- Cónyuge/ Conviviente por más de dos años del asegurado, en su defecto hijos del asegurado, en su defecto padres del asegurado, en su defecto del asegurado, si viven.

Medio de pago:

- Cuota Préstamo BH: _____ | Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)
- Débito en Cuenta Banco: _____ | N° de Cuenta: _____
- CBU: _____ (22 dígitos)
- Tarjeta de Crédito | Tipo de Tarjeta: _____ | Fecha de expiración: ____ / ____
- N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ (16 dígitos)

Solicito y autorizo en este acto a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a debitar el premio mensual correspondiente conforme el medio de pago seleccionado precedentemente. Si el pago de la primera prima no se efectuara oportunamente, Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. no será

responsable por el siniestro ocurrido antes del pago. En caso que el medio de pago seleccionado se encuentre actualmente en trámite, la aceptación de la presente solicitud de seguros por parte de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. se encuentra condicionada a la habilitación del mismo. La presente reviste carácter de declaración jurada y deberá ser completada en su totalidad y no implica bajo ningún aspecto la aceptación del riesgo. Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación de los seguros y no asume responsabilidad alguna hasta tanto aquellos no hayan sido convalidados por la misma.

Seguro de Bienes Móviles BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Generales SA con domicilio en Avenida Rivadavia 611 Piso 10 (C1002AAE) CABA

Opción elegida:

| Cobertura | Opción |
|--|--------|
| Cobertura ante robo, destrucción o deterioro de los bienes personales a causa de robo de: Bolso + Contenido: Bolso, cartera, mochila, billetera, riñonera y su contenido tales como: anteojos recetados, anteojos de sol, cosméticos, elementos de escritura, libros. Equipos electrónicos: Reproductores de MP3, MP4, Ipods, cámaras fotográficas, cámaras de videos Telefonía celular. Notebooks, Laptops y similares. | |
| Precio Mensual | |

Medio de pago:

Tarjeta de Crédito Tipo de Tarjeta: _____ Fecha de expiración: ____ / ____
N° de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ 16 dígitos)

Terminos y Condiciones

El Cliente autoriza e instruye en este acto al Banco a fin de que este último ponga a su disposición en Home Banking los términos y condiciones de los productos solicitados y adquiridos por el Cliente bajo la presente Solicitud. Sin perjuicio de ello, el Cliente podrá solicitar en cualquier momento copia de dichos términos y condiciones en soporte papel y/o que los mismos le sean remitidos a la dirección de correo electrónico indicada a tal fin.

1. Protección de Datos Personales: Con motivo del Art. 6° de la ley 25.326 de Protección de Datos Personales (Habeas Data), el Cliente acepta que los Datos recabados por el Banco resultan indispensables para la contratación de los productos y servicios bancarios objeto de esta Solicitud, por lo cual deben ser aportados en forma exacta. Asimismo, con relación a la totalidad de los datos aportados en y junto con esta Solicitud y que el Banco registrará (los Datos) manifiesta que presta conformidad irrevocable: (i) para que los mismos sean utilizados para la consideración de cualquier producto o servicio que pueda solicitar al Banco y/o a cualquiera de sus sociedades controlantes, controladas, sujetas a control común y/o vinculadas, para el procesamiento de las respectivas operaciones, y para cualquier ofrecimiento que el Banco y sus sociedades controlantes, controladas, sujetas a control común y/o vinculadas puedan efectuarle en el futuro, quedándole vedada toda otra utilización de los Datos; y (ii) para que el Banco, con relación a operaciones de crédito, pueda informar los Datos a las agencias de informes crediticios, en los términos del Art. 26 de la Ley 25.326. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley N° 25.326, el Cliente tiene derecho a que sus datos personales sean rectificadas, actualizados y, cuando corresponda, suprimidos de las bases de datos del Banco en las que estén incluidos.

2. Identificación y Datos del Cliente. Autorización: El Banco adoptará los recaudos de información que estime necesarios para comprobar fehacientemente la identidad del Cliente (incluyendo apoderados, si correspondiese), los datos filiatorios o societarios, en su caso, domicilio, actividad, ocupación o profesión, ingresos y patrimonio, cumplimiento de sus obligaciones en el mercado financiero y condición laboral o tributaria. A tal efecto, el Cliente se compromete a exhibir la documentación requerida por el Banco en original y entregar una copia para el legajo de la cuenta, y autoriza expresa e irrevocablemente al Banco a suministrar al BCRA y/o a las agencias de información crediticia y/o a los jueces que así lo dispongan, sus datos y antecedentes, así como toda otra información relacionada con las operaciones que el Cliente realice con el Banco.

Asimismo, el Banco podrá solicitar información, de corresponder, a las agencias de información crediticia para evaluar su situación crediticia ante la solicitud de un producto, teniendo el Cliente derecho de acceso y conocimiento a la información crediticia que sobre él existe en la Central de Deudores del Sistema Financiero del BCRA, para lo cual deberá ingresar en: <http://www.bkra.gov.ar>.

A primer requerimiento del Banco o del BCRA, el Cliente informará sobre su situación patrimonial, destino de los créditos o préstamos, u origen de los depósitos, proveyendo la documentación respaldatoria correspondiente. El Cliente se compromete, además, a dar cuenta al Banco por escrito, de cualquier cambio de domicilio, real o especial, y a actualizar la firma o firmas registradas cada vez que el Banco lo estime necesario.

El Banco podrá solicitar al Cliente, en los términos del Art. 21 de la ley 25.246 (Ley de encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo) o la norma que la reemplace en el futuro y la Resoluciones N° 2/2002 y 30-E/2017, modificatorias y/o complementarias de la Unidad de Información Financiera y las normas establecidas por el BCRA a través de la circular RUNOR 1 Capítulo XXXIX, complementarias y concordantes, toda la información que considere necesaria para cumplimentar los requerimientos de la citada norma legal, pudiendo adoptar en caso de considerarla insuficiente o insatisfactoria, las medidas que estime apropiadas en resguardo de su responsabilidad y la de sus funcionarios. En cumplimiento de lo establecido en la citada Resolución, el Solicitante declara bajo juramento que los fondos que utilizará en las operaciones que realice con el Banco en el marco de los servicios bancarios contratados a través de la presente Solicitud provendrá en todos los casos de actividades lícitas y tendrán su origen conforme la información patrimonial y laboral detallada a esta entidad al presentar la Solicitud. El Cliente acepta que en aquellas transacciones en las cuales se requiera el uso de una clave de identificación personal (PIN) para completar una operación, el PIN adquiere valor de firma. Asimismo, el Titular declara conocer, aceptar y autorizar al Banco y a cualquiera de sus sociedades controlantes, controladas y/o vinculadas a utilizar la información y/o datos y/o documentación presentada por el Titular a los fines de dar cumplimiento con la ley 25.246 (Ley de encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo) o la norma que la reemplace en el futuro y resoluciones complementarias de la Unidad de Información Financiera).

3. Notificaciones. Correo Electrónico. Domicilio y Jurisdicción: 3.1. El Cliente solicita en este acto y presta expresa conformidad a fin de que el Banco emita, sin cargo, el respectivo resumen de movimientos y saldos de la Caja de Ahorros/Cuenta Corriente y/o de la tarjeta de crédito de su titularidad y le sea enviado a la dirección de correo electrónico consignada por el Cliente en el encabezamiento de la presente Solicitud, o a la que en el futuro sea fehacientemente notificada por el Cliente a tales fines, o mediante un aviso de disponibilidad de dicho resumen a través de Home Banking. El Cliente se compromete por la presente a tener por cumplido el deber del Banco con el envío por correo electrónico y/o la notificación de su disponibilidad dirigida a su correo electrónico. No obstante, el Cliente podrá requerir al Banco, en cualquier momento por medio fehaciente, que el resumen le sea remitido al domicilio especial fijado por el mismo, en soporte papel. **3.2.** El Cliente manifiesta y presta expresa conformidad para que toda comunicación, extracto, resumen, aviso de débito y/o cualquier otra notificación y/o documentación, a todos los efectos que correspondan bajo la presente Solicitud, se realice por correo electrónico o aviso de disponibilidad en Home Banking a la dirección de correo electrónico indicada por el Cliente a tal fin. El Cliente se compromete a notificar al Banco, al menos con cinco (5) días de anticipación, cualquier modificación de la dirección de correo electrónico suministrada y asimismo, asume bajo su responsabilidad la obligación de configurar el respectivo correo electrónico para que las

notificaciones no sean rechazadas o consideradas correo no deseado y a consultar dicho correo electrónico en forma regular. **3.3.** El Cliente constituye domicilio especial en el indicado en el apartado Datos Personales, que forma parte integrante de la presente Solicitud, a todos los efectos derivados de la presente Solicitud, lugar en donde se tendrán por válida las notificaciones que a él se cursen aun cuando no subsista, salvo que mediare previa notificación fehaciente de su modificación. Asimismo, el Banco y el Cliente se someten con exclusividad a los Tribunales Ordinarios con jurisdicción y competencia en el ámbito de la sucursal del Banco donde se encuentre radicada la cuenta principal del Cliente.

4. Modificaciones. Toda modificación, sea comisiones, cargos, y/o términos y condiciones del producto y/o servicio contratado por el Cliente, efectuada por parámetros objetivos o condiciones del mercado financiero y de conformidad a las pautas y criterios establecidos en la normativa vigente del BCRA, será previamente notificada al Cliente con una antelación mínima de sesenta (60) días en relación a la entrada en vigor de las modificaciones, en cuyo caso el Cliente podrá optar por continuar con el uso del producto bajo las nuevas condiciones o rescindir el contrato; en este último caso deberá notificar al Banco por escrito su decisión. En el Anexo "Comisiones, cargos y tasas para personas físicas", el cual forma parte integrante de la presente Solicitud, se consigna la nómina completa de los conceptos sobre los cuales el Banco percibe comisiones con los valores vigentes a la fecha. Cualquier modificación del citado anexo será informada al Cliente en la forma prevista en esta Solicitud. El incumplimiento de pago generará la mora de pleno derecho.

EL CLIENTE TOMA EXPRESO CONOCIMIENTO QUE LA CONTRATACIÓN DE UN PRODUCTO NO IMPLICA NI SE ENCUENTRA CONDICIONADA A LA OBLIGATORIEDAD DE LA CONTRATACIÓN DE OTRO PRODUCTO Y QUE CADA PRODUCTO PUEDE SER CONTRATADO EN FORMA INDIVIDUAL.

Aceptación y firma de los productos contratados.

Acepto términos y condiciones del contrato de Caja de ahorro en pesos.

Acepto términos y condiciones de los productos contratados:

"Usted puede consultar el "Régimen de Transparencia" elaborado por el Banco Central sobre la base de la información proporcionada por los sujetos obligados a fin de comparar los costos, características y requisitos de los productos y servicios financieros, ingresando a http://www.bcra.gob.ar/BCRAyVos/Regimen_de_transparencia.asp."

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326". "La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

BANCO HIPOTECARIO S.A. AGENTE INSTITORIO INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE AGENTES INSTITORIOS BAJO EL N°114, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN SSNN N° 38052 DEL 20/12/2013. SERVICIO TELEFÓNICO SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 0-800-666-8400, PÁGINA WEB WWW.ARGENTINA.GOB.AR/SNN.

BANCO HIPOTECARIO S.A. AGENTE DE LIQUIDACIÓN Y COMPENSACIÓN – AGENTE DE NEGOCIACIÓN INTEGRAL N° 40 INSCRIPTO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE VALORES MEDIANTE RESOLUCION N°2122. AGENTE MERCADO ABIERTO ELECTRONICO S.A. N° 606 – AGENTE MERCADO DE VALORES DE BUENOS AIRES N° 139 – AGENTE ROFEX N° 315 Y AGENTE DE COLOCACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE FONDOS COMUNES DE INVERSIÓN N° 12 INSCRIPTO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE VALORES MEDIANTE RESOLUCION N° 3042."

Los abajo firmantes declaramos haber leído en su totalidad y recibido copia íntegra de los términos y condiciones de los productos previamente seleccionados en la presente Solicitud y anexos correspondientes que rigen los productos solicitados, aceptando los mismos de conformidad. Manifestamos que el Banco ha hecho entrega del texto completo de las normas vigentes del B.C.R.A. a la fecha de apertura de la presente caja de ahorro (punto 1.16 del T.O. de Depósitos de Ahorro, Cuenta Sueldo y Especiales). Afirmamos que los datos consignados en la presente Solicitud son correctos y completos, y que no hemos omitido ni falseado dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad. Asimismo, nos comprometemos a informar de inmediato todo cambio y modificación que se produzca en los datos mencionados.

Me notifico de la posibilidad de requerir los datos de la última clasificación asignada, junto con los fundamentos que la justifican, según la evaluación realizada por ese Banco, el importe total de deudas con el sistema financiero y las clasificaciones asignadas que surjan de la última información disponible en la "Central de deudores del sistema financiero", atento lo dispuesto por el punto 8.1 del T.O. sobre Clasificación de Deudores. En tal sentido, el Banco deberá comunicarme dicha clasificación dentro de los diez (10) días corridos de requerida.

| Firma del Titular: | Firma del Co titular/ Cónyuge/ Conviviente: | Firma del Apoderado 1: | Firma del Apoderado 2: |
|--|--|--|--|
| Apellido/s y Nombre/s Completos (sin abreviaturas ni iniciales): | Apellido/s y Nombre/s Completos (sin abreviaturas ni iniciales): | Apellido/s y Nombre/s Completos (sin abreviaturas ni iniciales): | Apellido/s y Nombre/s Completos (sin abreviaturas ni iniciales): |
| Documento: tipo y Nro. |

Para uso exclusivo del Banco. **A modo de recepción, sin que ello implique conformidad ni aceptación de la presente solicitud**

Verif. de firma:

Datos internos (uso exclusivo del banco)

Cumplió con política "Conozca a su cliente" Fecha: ___ / ___ / ___

Firma y sello: _____