



SOLICITUD PRODUCTOS BANCARIOS - CLIENTES

Datos Personales

Titular

Apellido/s y prenombre/s: _____

Tipo de documento: DN LC LE 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: Ningun Primario Secundari Terciario Universitario Posgrado Estudios completos Sí No

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

Apellido y Prenombrado del Padre: _____ | Apellido y Prenombrado 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 No

E-mail laboral _____@_____

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

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

Apellido/s y prenombrados: _____ | 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. Resoluciones UIF 11/2011 y 52/5012. 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. 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 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 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

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. Resoluciones UIF 11/2011

y 52/5012. 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 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 imponible 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.

Tercer 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?: 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 Prenombe del Padre: _____ | Apellido y Prenombe 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

E-mail laboral _____@_____

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

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

Apellido/s y prenombe/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 prenombe/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 tercer 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 tercer integrante

Situación Laboral: Empleado Empleado Indepen J 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 tercer integrante

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

1. Persona Políticamente Expuesta (PEP): Sí

Declaro conocer y aceptar la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" de la Unidad de Información Financiera. Resoluciones UIF 11/2011 y 52/5012.

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:

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 Puente – 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 – Préstamo Puente”

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.

○ Préstamo Puente – 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): _____ %

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

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): _____ %

(1) 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. ajustable expresado en unidades de valor adquisitivo ("UVA") Comunicación "A" 6069 – Cartera consumo

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 Tucumán 1 (C1049AAA) 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 Tucumán 1 piso 11 (C1049AAA) 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 Tucumán 1 piso 11 (C1049AAA) CABA

Datos del seguro solicitado:

COBERTURAS	OPCIONES			
1er Evento – Robo hasta	Cajero automático	8000	12000	15000
	Cajero Humano	17000	24000	30000
2do Evento- Robo hasta	Cajero automático	4500	5000	7400
	Cajero Humano	0	0	0
Reposición de Documentos		570	700	1100
PRECIO MENSUAL OPCION		O \$49,00	O \$69,00	O \$89,00

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 Tucumán 1 piso 11 (C1049AAA) 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/farmaceúticos				
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 Tucumán 1 piso 11 (C1049AAA) 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 Vasculare 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 Tucumán 1 piso 11 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 con domicilio en Tucumán 1 piso 11

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 N° de Cuenta: _____
 Banco: _____ 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.

Terminos y Condiciones**SE AGREGAN LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS CONTRATADOS**

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 del resto 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: _____