



FORMULARIO ARG.1694

SOLICITUD DE APERTURA DE CUENTA SUELDO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CARTERA DE CONSUMO

DATOS DE LA SOLICITUD

Asistente:	Cód. Promotor:	Sucursal:
<input type="checkbox"/> Alta Raíz:	Perfil:	Convenio:

DATOS DEL CLIENTE (1° Titular)

Nombre(s):	Apellido(s):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° Documento:	Fecha de Nacimiento: __/__/__
<input type="checkbox"/> CUIL <input type="checkbox"/> CUIT <input type="checkbox"/> CDI N°:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Convivencial	
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	Provincia de Nacimiento:
Teléfono:	Celular:	Email:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:	N°:	Piso:	Dpto.:	CP:
Entre Calles:	Localidad:	Provincia:		

DATOS LABORALES:

Actividad Principal:				
<input type="checkbox"/> Rel. Dependencia <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Sin Trabajo Actual				
Acredita: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Profesión: _____				
Empresa:	Ramo:	CUIT:		
Grupo PSI:	Fecha de Ingreso: __/__/__	Ingresos Netos Mensuales:	Cargo:	
Calle:	N°:	Piso:	Dpto.:	CP:
Entre Calles:	Localidad:	Provincia:		

DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA:

Calle:	N°:	Piso:	Dpto.:	CP:
Entre Calles:	Localidad:	Provincia:		

DATOS IMPOSITIVOS:

Condición frente al Impuesto a las Ganancias:			
<input type="checkbox"/> Sujeto Alcanzado Inscripto	<input type="checkbox"/> Sujeto Alcanzado Inscripto Exceptuado RG 830	<input type="checkbox"/> Monotributo	
<input type="checkbox"/> Sujeto Alcanzado No Inscripto	<input type="checkbox"/> Sujeto No Alcanzado	<input type="checkbox"/> Exento	
Condición frente al IVA:			
<input type="checkbox"/> Responsable Inscripto	<input type="checkbox"/> Monotributo 6 0/00	<input type="checkbox"/> Monotributo 25 0/00	<input type="checkbox"/> Resp. Insc. Exc. RG 3337
<input type="checkbox"/> No Responsable	<input type="checkbox"/> No Categorizado	<input type="checkbox"/> Consumidor Final	<input type="checkbox"/> Exento
Condición frente a Ingresos Brutos:			
<input type="checkbox"/> Responsable Incripto	<input type="checkbox"/> R.I.C.I. COBRA 38/95	<input type="checkbox"/> R.I. NO COBRA 38/95	<input type="checkbox"/> R.I. C.M. COBRA 38/95
<input type="checkbox"/> No Responsable	<input type="checkbox"/> CABA – REG. SIMPLIF.	<input type="checkbox"/> Consumidor Final	<input type="checkbox"/> Exento
N° de Inscripción IIBB: _____		Práctica ajuste por inflación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DATOS DEL APRODERADO

Nombre(s):	Apellido(s):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° Documento:	Fecha de Nacimiento: __/__/__
<input type="checkbox"/> CUIL <input type="checkbox"/> CUIT <input type="checkbox"/> CDI N°:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Convivencial	
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	Provincia de Nacimiento:
Teléfono:	Celular:	Email:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:	N°:	Piso:	Dpto.:	CP:
Entre Calles:	Localidad:	Provincia:		

TIPO DE CUENTA:

CUENTA SEGURIDAD SOCIAL: Caja de Ahorro \$ + Tarjeta de Débito Caja de Ahorro U\$S (*)
 (*) Producto opcional sujeto a evaluación, presentando documentación según Com. "A" BCRA 7105, concordantes y modificatorias.

ASIGNACION UNIVERSAL/PROGRESAR: Caja de Ahorro \$ + Tarjeta de Débito

LEGALES**Declaración Jurada: Persona Expuesta Políticamente (PEP)**

El que suscribe declara bajo juramento que

- 1) SI / NO se encuentra incluido y/o alcanzado, y
 2) SI / NO estuvo en algún momento incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, cuyos textos he leído y suscribo (Resolución 35/2023 de la UIF, complementarias y/o modificatorias).

En caso afirmativo indicar a continuación:

Tipo PEP: _____ Cargo: _____ Función: _____

Jerarquía, o carácter de la relación: _____

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Caso afirmativo, firma y aclaración del funcionario del Banco interviniente: _____

Declaración Jurada FATCA

Declaro bajo juramento que conozco y acepto en todos sus términos la regulación de FATCA, obligándome irrevocablemente frente a Banco Itaú a cumplir con todas las obligaciones que le sean impuestas a fin del cumplimiento de la regulación FATCA mencionada.

A los efectos de la presente, el/la que suscribe declara tener conocimiento de que son consideradas "U.S. Persons" bajo la regulación mencionada:

- Los ciudadanos y/o residentes en los Estados Unidos de América;
- Los residentes fiscales de los Estados Unidos de América (Green Card o permanencia en Estados Unidos).

Quien suscribe es el beneficiario final efectivo de todos los valores, inversiones, y fondos acreditados y/o depositados y/o disponibilizados y/o transaccionados en las cuentas abiertas en el Banco;

La totalidad de los datos e informaciones personales indicadas en este Contrato, inclusive los números de inscripción fiscal (CUIT/CUIL/CDI y/o similar) son verdaderos, válidos, correctos y completos;

El Titular se obliga a actualizar cualquiera de las informaciones brindadas en este Contrato, informando cualquier cambio dentro de los 10 (diez) días de ocurrido dicho cambio, quedando obligado a otorgar al Banco todas las autorizaciones correspondientes a los efectos de cumplir con la regulación FATCA, incluyendo –pero no limitado a- otorgar los permisos correspondientes a los fines de que el Banco pueda informar los datos que correspondan a las autoridades fiscales locales, las autoridades fiscales de los Estados Unidos de América, y/o cualquier otra entidad pública o privada que deba recibir esta información a los fines de cumplir con la regulación FATCA. Cualquier declaración falsa, incompleta, y/o cualquier falta de actualización de datos que no sea informada al Banco dentro de los 10 (diez) días de ocurrida y/o la falta de otorgamiento de las autorizaciones que el Banco exija al Titular será considerada por el Banco como un grave incumplimiento de las obligaciones a cargo del Titular, y en consecuencia el Banco quedará facultado a proceder al cierre de cuentas del titular.

Cualquier declaración falsa, incompleta, y/o cualquier falta de actualización de datos que no sea informada a Banco BMA dentro de los 10 (diez) días de ocurrida y/o la falta de otorgamiento de las autorizaciones que Banco BMA exija al Titular será considerada por Banco BMA como un grave incumplimiento de las obligaciones a cargo del Titular, y en consecuencia el Banco BMA quedará facultado a proceder al cierre de cuentas del Titular.

Protección de Datos Personales

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita e 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 Agencia de Acceso a la Información Pública, 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.

El titular manifiesta su interés en recibir información de las propuestas comerciales que el Banco brinda a sus clientes, mediante cualquier modalidad y/o canal (incluyendo, pero sin limitar: teléfono, mensajería, correspondencia, medios y canales electrónicos, correo electrónico, SMS, promoción a través de terceros, etc.) y presto en este acto mi consentimiento, conforme lo establecido en la ley 25.326 de protección de datos personales, a tenor de lo cual declaro conocer y aceptar, para que mis datos personales integren la base de Banco BMA SAU, otorgando por el presente, autorización expresa para i) el tratamiento automatizado de dichos datos o información y ii) su utilización en relación con la actividad bancaria, financiera, o de servicios actuales o futuros, que desarrolle Banco BMA SAU o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas. El proporcionar mis datos al Banco para estos fines no tiene carácter obligatorio, ni condiciona la contratación de servicios con el Banco. Declaro conocer y aceptar que en cualquier momento durante la relación contractual con el Banco podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación y supresión de datos de la base mencionada, regulado por los artículos 13 y siguientes de la Ley 25.326 de protección de datos personales. Para el ejercicio de tales derechos, he sido informado por el Banco que podré comunicarme sin cargo a atencionalcliente@macrobma.com.ar o al 0800-999-4828. La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

En el caso de ser Sujeto Obligado de la Ley 25246 y modificatorias Encubrimiento y Lavado de Activos de Origen Delictivo, según lo establecido en su Art. 20, declaro bajo juramento que damos estricto cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia de Prevención del Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo.

Sujeto Obligado : Sujeto Obligado: SI / NO (De ser sujeto obligado debe presentar la "Constancia de Inscripción en la UIF"(*))

(* No se avanzará con la apertura de una cuenta Sujeto Obligado que no presente la constancia de Inscripción ante UIF en virtud del Art 32 inc C de la Res 30/2017.

El titular declara bajo juramento que toda la información y documentación suministrada al Banco para la apertura de este conjunto de servicios es exacta y auténtica. Asimismo, el titular toma conocimiento de que la falsificación de documentos o uso de datos falsos se encuentra reprimido con pena de (6) meses a dos (2) años de prisión de conformidad a lo dispuesto por el Art. 292 del Código Penal, por lo de comprobarse algún delito, el Banco procederá a radicar la denuncia criminal correspondiente. En prueba de ello suscribe la presente.

Recibí copia de la siguiente documentación: ARG.1166 Condiciones Generales y Particulares (version vigente), ARG.0600 Anexo de Comisiones (versión vigente), Solicitud de servicios del mismo tenor que la presente; T.O. vigente del BCRA referido a la/s cuenta/s solicitada/s; cuyos términos y condiciones declaro conocer y aceptar íntegramente.

Declaro haber recibido la posibilidad de emitir el resumen de mi cuenta y documentación asociada a los productos que contrato en sistema Braille.
 SI NO

Envío de información:

El Titular constituye domicilio electrónico a fin de recibir toda información referente a los productos y servicios brindados por el banco, como así también el correspondiente resumen electrónico. Por su parte, acepta que todo cambio en las condiciones pactadas sea remitido por dicho medio. Los envíos de información serán gratuitos para el Titular.

Asimismo, podrá optar por recibir toda documentación en soporte físico en cualquier momento de la relación contractual. A tal fin, deberá firmar el ARG.1792 Actualización del Medio de Envío del Resumen a través del cual solicitará el cambio de envío de correspondencia a soporte físico o Braille.

En la ciudad de _____ a los _____ días de _____ de _____.

Firma 1° Titular	Funcionario Interviniente
	Firma, Sello y Aclaración
Aclaración (Letra del Titular):	USO INTERNO - No implica Conformidad
Tipo y N° Doc. (Letra del Titular):	
	Reservado para verificación de firmas y/o facultades (Firma, Sello y Aclaración)
Firma Apoderado Banco	Firma Apoderado Banco
<i>Marcelo Peirone</i> Gerente Comercial Apoderado	<i>Gonzalo Zugazaga</i> Gonzalo Zugazaga Gerente de Productos y Analytics Apoderado