



SOLICITUD PRODUCTOS BANCARIOS – CLIENTES BANCO HIPOTECARIO S.A.

Datos Personales - Titular

Apellido/s y nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N° _____

Sexo: F M **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____/____/____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____

Régimen Patrimonial: MATRIMONIO: Comunidad Separación de Bienes

UNION CONVIVENCIAL POR MAS DE DOS AÑOS:
 Con pacto de convivencia (se deberá adjuntar el mismo) Sin pacto de convivencia

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

Otra nacionalidad 1 _____ **Otra nacionalidad 2** _____

Complete solo si es extranjero: País de Residencia: _____ **Reside desde:** ____/____/____

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

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

Apellido/s y nombre/s del padre _____

Apellido/s y nombre/s de la madre _____

DOMICILIOS

Domicilio legal (domicilio que figura en el DNI):

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____
 Ubicación (Barrio): _____ Localidad: _____ Provincia: _____

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

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____
 Ubicación (Barrio): _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: _____ **Teléfono celular:** _____

E-mail particular: _____ @ _____

Domicilio y teléfono laboral

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

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

Teléfono laboral _____

E-mail laboral: _____ @ _____

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

Apellido/s y nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N° _____

Sexo: F M **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____/____/____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____

ID Tributaria: CUIL CUIT CDI N° _____

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

Otra nacionalidad 1 _____ **Otra nacionalidad 2** _____

Complete solo 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 _____

Fecha de ingreso ____/____/____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____/____/____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias ____/____/____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____

Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso neto mensual \$ _____

Actividad secundariaSituación laboral: Empleado efectivo Empleado contratado Independiente Jubilado Otro Detallar _____

Ramo _____ Profesión _____ Cargo _____

Complete si es empleado: Razón social _____ Cuit _____

Fecha de ingreso ____ / ____ / ____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____ / ____ / ____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias ____ / ____ / ____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____

Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____ / ____ / ____

Empleo anterior

Razón social _____ Teléfono _____

Fecha de ingreso ____ / ____ / ____ Fecha de cese ____ / ____ / ____

CONDICIÓN IMPOSITIVA**ID Tributaria:** CUIL CUIT CDI N° _____**IVA:** Inscripto exento Consumidor final Resp. Monotributo No Categorizado **Ganancias:** Inscripto No inscripto Exento 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):** quien suscribe declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI /NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, (Res.UIF 35/2023 modificatorias y complementarias) que ha leído.

En caso afirmativo indicar: PeP Nacional o Pep Extranjero

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo _____

Adicionalmente 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** SI NO

En caso afirmativo se debe presentar la correspondiente constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera junto a la firma de 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 las Resoluciones de la Unidad de Información Financiera 14/2023 y 156/2018, 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 y tienen su origen en el desarrollo de las actividades económicas indicadas a continuación (detallar actividades económicas/ingresos extraordinarios/otros): _____

Principal actividad económica/oficio/ocupación/sector/industria: _____

Fecha desde que se realiza la actividad: ____ / ____ / _____. 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 14/2023 y complementarias.

4. FATCA

A. El personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5º, 6º 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 personal del Banco Hipotecario SA autoriza al Banco a retener un treinta por ciento (30%) sobre créditos impositivos 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.º _____

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 personal del Banco Hipotecario SA 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="checkbox"/> Argentina	<input type="checkbox"/> Detallar	<input type="checkbox"/> Detallar
CUIL N.º1:	N.º identificación Tributaria -TIN-1:	N.º 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 nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N.º _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____

Régimen Patrimonial: MATRIMONIO: Comunidad Separación de Bienes

UNION CONVIVENCIAL POR MAS DE DOS AÑOS:

Con pacto de convivencia (se deberá adjuntar el mismo) Sin pacto de convivencia

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

Otra nacionalidad 1 _____ Otra nacionalidad 2 _____

Complete solo si es extranjero: País de Residencia: _____ Reside desde: ____/____/____

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

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

Apellido/s y nombre/s del padre _____

Apellido/s y nombre/s de la madre _____

DOMICILIOS

Domicilio legal (domicilio que figura en el DNI):

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

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

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

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

Ubicación (Barrio) _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: _____ Teléfono celular: _____

E-mail particular: _____ @ _____

Domicilio y teléfono laboral

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

Ubicación (Barrio) _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono laboral _____

E-mail laboral: _____ @ _____

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

Apellido/s y nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N.º _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____

ID Tributaria: CUIL CUIT CDI _____ Nro. _____

Nacionalidad: _____ **País de nacimiento:** _____ **Ciudad de Nacimiento:** _____
Otra nacionalidad 1 _____ **Otra nacionalidad 2** _____
Complete solo 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 _____
 Fecha de ingreso ____/____/____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____/____/____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____
 Fecha última DDJJ Ganancias ____/____/____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____
 Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____/____/____

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 _____
 Fecha de ingreso ____/____/____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____/____/____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____
 Fecha última DDJJ Ganancias ____/____/____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____
 Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso neto mensual \$ _____

Empleo anterior

Razón social _____ Teléfono _____

Fecha de ingreso ____/____/____ Fecha de cese ____/____/____

CONDICIÓN IMPOSITIVA

ID Tributaria: CUIL CUIT CDI N° _____

IVA: Inscripto exento Consumidor final Resp. Monotributo No Categorizado

Ganancias: Inscripto No inscripto Exento 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):** quien suscribe declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI /NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, (Res.UIF 35/2023 modificatorias y complementarias) que ha leído.

En caso afirmativo indicar: Pep Nacional o Pep Extranjero

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo _____

Adicionalmente 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** SI NO

En caso afirmativo se debe presentar la correspondiente constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera junto a la firma de 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 las Resoluciones de la Unidad de Información Financiera 14/2023 y 156/2018, 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 y tienen su origen en el desarrollo de las actividades económicas indicadas a continuación (detallar actividades económicas/ingresos extraordinarios/otros): _____ Principal actividad económica/oficio/ocupación/sector/industria: _____

Fecha desde que se realiza la actividad: ____/____/____. 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 14/2023 y complementarias.

4. FATCA

A. El personal del Banco Hipotecario SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5º, 6º 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 personal del Banco Hipotecario SA autoriza al Banco a retener un treinta por ciento (30%) sobre créditos impositivos 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 personal del Banco Hipotecario SA 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="checkbox"/> Argentina	<input type="checkbox"/> Detallar	<input type="checkbox"/> Detallar
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 nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N° _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____

Régimen Patrimonial: MATRIMONIO: Comunidad Separación de Bienes

UNION CONVIVENCIAL POR MAS DE DOS AÑOS:

Con pacto de convivencia (se deberá adjuntar el mismo) Sin pacto de convivencia

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

Otra nacionalidad 1 _____ Otra nacionalidad 2 _____

Complete solo si es extranjero: País de Residencia: _____ Reside desde: ____/____/____

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

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

Apellido/s y nombre/s del padre _____

Apellido/s y nombre/s de la madre _____

DOMICILIOS

Domicilio legal (domicilio que figura en el DNI):

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

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

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

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

Ubicación (Barrio) _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos de contacto

Teléfono particular de línea: _____ Teléfono celular: _____

E-mail particular: _____ @ _____

Domicilio y teléfono laboral

Calle: _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ CP _____

Ubicación (Barrio) _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono laboral _____

E-mail laboral: _____ @ _____

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

Apellido/s y nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI LC LE Pasaporte N° _____Sexo: F M Fecha de nacimiento: ____/____/____Estado civil: Soltero/a Casado/a (Nupcias ____) Viudo/a Divorciado/a N.º hijos: ____ID Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. ____

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

Otra nacionalidad 1 _____ Otra nacionalidad 2 _____

Complete solo 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 _____

Fecha de ingreso ____/____/____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____/____/____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias ____/____/____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____

Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____/____/____

Complete si es jubilado: Ingreso neto mensual \$ _____

Actividad secundariaSituación laboral: Empleado efectivo Empleado contratado Independiente Jubilado Otro Detallar _____

Ramo _____ Profesión _____ Cargo _____

Complete si es empleado: Razón social _____ Cuit _____

Fecha de ingreso ____/____/____ Ingreso neto mensual \$ _____

Complete si es independiente: Fecha inicio de actividades ____/____/____ Ingreso anual según DDJJ Ingresos Brutos \$ _____

Fecha última DDJJ Ganancias ____/____/____ Resultado final DDJJ Ganancias \$ _____

Categoría monotributo _____ Fecha recategorización ____/____/____

Empleo anterior

Razón social _____ Teléfono _____

Fecha de ingreso ____/____/____ Fecha de cese ____/____/____

CONDICIÓN IMPOSITIVAID Tributaria: CUIL CUIT CDI N° _____IVA: Inscripto exento Consumidor final Resp. Monotributo No Categorizado Ganancias: Inscripto No inscripto Exento 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):** quien suscribe declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI /NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, (Res.UIF 35/2023 modificatorias y complementarias) que ha leído.

En caso afirmativo indicar: Pep Nacional o Pep Extranjero

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo _____

Adicionalmente 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 SI NO

En caso afirmativo se debe presentar la correspondiente constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera junto a la firma de 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 las Resoluciones de la Unidad de Información Financiera 14/2023 y 156/2018 , 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 y tienen su

origen en el desarrollo de las actividades económicas indicadas a continuación (detallar actividades económicas/ingresos extraordinarios/otros): _____ Principal actividad económica/oficio/ocupación/sector/industria: _____
 Fecha desde que se realiza la actividad: _____. 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 14/2023 y complementarias.

4. FATCA

- A. El personal del Banco Hipotecario SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA por la presente manifiesta que presta consentimiento, en los términos de los artículos 5º, 6º 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 personal del Banco Hipotecario SA 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): Nº _____

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 personal del Banco Hipotecario SA 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="checkbox"/> Argentina	<input type="checkbox"/> Detallar	<input type="checkbox"/> Detallar
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 nro _____

Cuentas

- Caja de Ahorro en Pesos Caja de Ahorro en dólares Cuenta sueldo/seguridad social Cuenta corriente Cuenta comitente
 Acuerdo limite del acuerdo \$ _____

Paquete de Productos

- Plan Sueldo** **Cartera general**

<input type="checkbox"/> Fácil Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Buho Pack Caja de ahorros en U\$s Tarjeta de crédito internacional
<input type="checkbox"/> Platinum Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente Tarjeta de crédito Visa Platinum	<input type="checkbox"/> Black Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente Tarjeta de crédito Visa Signature
<input type="checkbox"/> Gold Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente Tarjeta de crédito Visa Gold	
<input type="checkbox"/> Emprendedor Black Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente Tarjeta de crédito internacional: Visa Platinum o Gold <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/> Responsable inscripto	<input type="checkbox"/> Emprendedor Pack Caja de ahorros en U\$s Cuenta corriente Tarjeta de crédito internacional: Visa Platinum o Gold <input type="checkbox"/> Monotributista

Uso de los productos: Uso personal / Ahorros Giro comercial Giro profesional Otros: Detallar

Débito automático de Comisiones de Paquete desde cuenta Banco Hipotecario SA

- Caja de ahorros en pesos Cuenta corriente

Productos actuales a incorporar al paquete: _____

Tarjetas de Crédito Visa

Límite solicitado: \$ _____ Cartera _____
Nacional **Internacional** **Gold** **Platinum** **Signature**
Grupo de afinidad: _____

Adicional 1 – Mayor de edad

Apellido/s y nombre/s _____
 Tipo de documento: DNI LC LE PAS N° _____
 Teléfono celular: (____) - _____ E-mail particular _____ @ _____
 CUIL CUIT CDI N°: _____

Adicional 2 – Mayor de edad

Apellido/s y nombre/s _____
 Tipo de documento: DNI LC LE PAS N° _____
 Teléfono celular: (____) - _____ E-mail particular _____ @ _____
 CUIL CUIT CDI N°: _____

Adicional 3 – Mayor de edad

Apellido/s y nombre/s _____
 Tipo de documento: DNI LC LE PAS N° _____
 Teléfono celular: (____) - _____ E-mail particular _____ @ _____
 CUIL CUIT CDI N°: _____

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.

Caja de Seguridad

- Caja grande
 Caja mediana
 Caja chica

Uso de la Caja de Seguridad

- Personal Profesional Comercial
 Frecuencia mensual: Menos de 5 Entre 5 y 10 Más de 10

Débito automático de Comisiones de Caja de Seguridad desde cuenta Banco Hipotecario SA

- Caja de ahorros en pesos Cuenta corriente
Nro de cuenta _____

Préstamo personal

Monto desembolsado \$ _____ Monto financiado \$ _____ Moneda: pesos Plazo en meses _____
 Tasa: TNA _____ % TEM _____ % TEA _____ % CFT _____ %

Destino de los fondos:

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

Forma de pago del préstamo:

Días de vencimiento de las cuotas _____ de cada mes

Débito automático desde cuenta Banco Hipotecario SA

- Caja de ahorros en pesos Cuenta corriente
Nro de cuenta _____

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		
Multiriesgo 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 150.000
	Cajero Humano 300.000
2do Evento- Robo hasta	Cajero automático 75.447
	Cajero Humano 0
Reposición de Documentos	6.000
PRECIO MENSUAL	880

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 concurrencial 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
Tumores Malignos (Cáncer)		
Enfermedad Vascular Cerebral (ACV)		
Angina de Pecho – Infarto Agudo de Miocardio (IAM) – Infarto		
Diabetes (DBT) – Azúcar en sangre		
Hipertensión arterial (HTA) – Presión Alta		
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 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: ____ / ____

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:	Beneficiario: Asegurado

Medio de pago:

Cuota Préstamo BH: _____ Código de Préstamo: _____ (10 dígitos)
 N° de Tarjeta: _____ (16 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 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 Bienes Móviles BANCO HIPOTECARIO S.A. actúa como Agente Institorio de BHN Generales SA con 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)

Términos y Condiciones

El personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA bajo la presente Solicitud. Sin perjuicio de ello, El personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA. Autorización: El Banco adoptará los recaudos de información que estime necesarios para comprobar fehacientemente la identidad del personal del Banco Hipotecario SA (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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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.bcr.gov.ar>.

A primer requerimiento del Banco o del BCRA, El personal del Banco Hipotecario SA informará sobre su situación patrimonial, destino de los créditos o préstamos, u origen de los depósitos, proveyendo la documentación respaldatoria correspondiente. El personal del Banco Hipotecario SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA, 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 in satisfactoria, 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA en el encabezamiento de la presente Solicitud, o a la que en el futuro sea fehacientemente notificada por El personal del Banco Hipotecario SA a tales fines, o mediante un aviso de disponibilidad de dicho resumen a través de Home Banking. El personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA a tal fin. El personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco Hipotecario SA 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 personal del Banco SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA. **4. Modificaciones.** Toda modificación, sea comisiones, cargos, y/o términos y condiciones del producto y/o

servicio contratado por el Empleado/a del Banco Hipotecario SA, 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA con una antelación mínima de sesenta (60) días en relación a la entrada en vigor de las modificaciones, en cuyo caso El personal del Banco Hipotecario SA 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 Empleado/a del Banco Hipotecario SA 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.bcr.gov.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 COMPEN SACIÓN – 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 recibida 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.

Lugar _____ y fecha _____

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

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

Verificación de firmas:

Datos internos (uso exclusivo del Banco)

Cumplió con política "Conozca a su Cliente"

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma y sello: _____



TARJETA DE REGISTRO DE FIRMAS

Fecha de Alta ___ / ___ / ___

Sucursal: _____

Cuenta N°: _____

Tipo de Cuenta: \$ U\$s

Producto: _____

Denominación/Cuenta a la Orden de: _____

(La firma debe quedar registrada dentro del recuadro)

Firma:

Orden de la Cuenta:

Unipersonal

Indistinta

Conjunta

Verif. de firma:

Digitalizado por: _____

Fecha Digitalización: ___/___/ 20___

Número de Solicitud: _____

Apellido y Nombres del Firmante _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento ___/___/___

Carácter: Titular Autorizado para Caja de Seguridad

Documento: DNI LC LE Pasaporte nro. _____ **Versión:** Ejemplar Otra



TARJETA DE REGISTRO DE FIRMAS

Fecha de Alta ____ / ____ / ____

Sucursal: _____

Cuenta N°: _____

Tipo de Cuenta: \$ U\$s

Producto: _____

Denominación/Cuenta a la Orden de: _____

(La firma debe quedar registrada dentro del recuadro)

Firma:

Orden de la Cuenta:

Unipersonal

Indistinta

Conjunta

Verif. de firma:

Digitalizado por: _____

Fecha Digitalización: ____ / ____ / 20____

Número de Solicitud: _____

Apellido y Nombres del Firmante _____

Sexo: F M Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Carácter: Titular Autorizado para Caja de Seguridad

Documento: DNI LC LE Pasaporte nro. _____ Versión: Ejemplar Otra



TARJETA DE REGISTRO DE FIRMAS

Fecha de Alta ____ / ____ / ____

Sucursal:

Cuenta N°:

Tipo de Cuenta: \$ U\$s

Producto:

Denominación/Cuenta a la Orden de:

(La firma debe quedar registrada dentro del recuadro)

Firma:

Orden de la Cuenta:

Unipersonal

Indistinta

Conjunta

Verif. de firma:

Digitalizado por: _____

Fecha Digitalización: ____/____/ 20____

Número de Solicitud: _____

Apellido y Nombres del Firmante

Sexo: F M Fecha de nacimiento ____/____/____

Carácter: Titular Autorizado para Caja de Seguridad

Documento: DNI LC LE Pasaporte nro. _____ Versión: Ejemplar Otra