



Ministerio de Hacienda  
Superintendencia de Seguros de la Nación

**"Anexo del Punto 9.1.4."**

**DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD Y ANTECEDENTES**

**AVISO IMPORTANTE**

**Esta declaración jurada reviste carácter de confidencial.**

**La información o documentación provista revestirá carácter de Declaración Jurada en los términos de los Artículos 109 y 110 del Reglamento de Procedimientos Administrativos (Decreto N° 1759/72 T.O. 2017).**

**El presente formulario y sus anexos deben ser completados sin falsear dato alguno, bajo pena de sancionar a los infractores.**

**Acompañe un anexo por separado para adjuntar antecedentes o completar en caso que el espacio aquí incluido no sea suficiente para responder una pregunta por completo.**

**COMPLETE:**

Nombre de la entidad donde fuera designado en la función: \_\_\_\_\_

N° de inscripción en SSN: \_\_\_\_\_

Función designada en la entidad: \_\_\_\_\_

Fecha de designación en la función (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

**1. Datos del Declarante:**

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Número y Tipo de Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Estado Civil (en su caso declarar nombre del cónyuge/conviviente): \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge/Conviviente: \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL del Cónyuge/Conviviente: \_\_\_\_\_

¿Es usted un/a ciudadano/a argentino/a?



Ministerio de Hacienda  
Superintendencia de Seguros de la Nación

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es “No”, indique el país \_\_\_\_\_

Ocupación o profesión del/la declarante: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia (País, Provincia/Estado, Localidad): \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

(Provincia/Localidad): \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio fiscal: \_\_\_\_\_

(Provincia/Localidad): \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio Constituido (donde se tendrán por válidas todas las notificaciones enviadas por SSN):

\_\_\_\_\_

(Provincia/Localidad): \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (particular): \_\_\_\_\_

## 2. Educación y Formación:

Título obtenido: \_\_\_\_\_

Institución/Universidad: \_\_\_\_\_

Provincia/Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Titulación (MM /AA): \_\_\_\_\_

Título obtenido: \_\_\_\_\_

Institución/Universidad: \_\_\_\_\_

Provincia/Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Titulación (MM /AA): \_\_\_\_\_

Otros:

*Nota: Si el/la declarante asistió a una escuela extranjera, proporcione la dirección completa de la institución / universidad. Si corresponde, proporcione el Número de Identificación de estudiante extranjero/a y/o adjunte un diploma o certificado de asistencia extranjera a la presente Declaración Jurada como anexo.*

3. Indique todas las licencias/matrículas/certificaciones profesionales emitidas por cualquier entidad gubernamental o autoridad reguladora que tenga actualmente.

Emisor de la licencia/matrícula/certificación: \_\_\_\_\_



Ministerio de Hacienda  
Superintendencia de Seguros de la Nación

Dirección: \_\_\_\_\_

Provincia/ Localidad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Tipo de licencia/matrícula/certificación: \_\_\_\_\_

Número de licencia/matrícula/certificación: \_\_\_\_\_

Fecha de emisión (MM /AA): \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento (MM/AA): \_\_\_\_\_

4. Enumere el registro de empleo completo de los últimos VEINTE (20) años. Liste los más recientes en primer orden. Es posible que se requiera información adicional a terceros durante el proceso de verificación.

Inicio / Fecha (MM/AA): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Finalización / Fecha (MM/AA): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia / Localidad \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de Actividad: \_\_\_\_\_

Cargo Ocupado: \_\_\_\_\_

Tareas a su Cargo: \_\_\_\_\_

Contacto de referencia: \_\_\_\_\_

5. Enumere cualquier entidad sujeta a contralor por la SSN que usted controla directa o indirectamente (*Se presumirá que existe control si una persona, directa o indirectamente, posee, dirige, tiene poder para votar, o encausar la dirección de la administración, o posee al menos el 5% del paquete accionario*)

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**NOTA ACLARATORIA:** Si la respuesta a alguna de las siguientes es afirmativa, proporcione detalles que incluyan nombres, datos, fechas, ubicaciones, disposiciones, y



*Ministerio de Hacienda*  
*Superintendencia de Seguros de la Nación*

**todo otro detalle que permitan identificar lo declarado. Adjunte una copia de la documentación respaldatoria según corresponda.**

**Si el/la declarante tiene alguna duda sobre la exactitud de una respuesta, la pregunta debe responderse en forma positiva y debe proporcionarse una explicación.**

**6. Alguna vez:**

a) ¿Se le ha negado una licencia, matrícula, certificación o permiso profesional por parte de alguna autoridad reguladora, una agencia administrativa pública o gubernamental que las otorgue?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

b) ¿Alguna licencia, matrícula, certificación o permiso profesional que usted tenga o haya tenido, ha estado sujeta a alguna acción judicial, administrativa o disciplinaria?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

c) ¿En el desarrollo de su actividad, se le ha impuesto una multa, medida judicial, administrativa, reglamentaria o disciplinaria?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

d) ¿Se encuentra imputado y/o procesado penalmente por algún delito?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

e) ¿Ha sido condenado/a por algún delito?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

f) ¿Se le ha dictado falta de mérito, sobreseído o absuelto, por cualquier delito?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

g) ¿Ha sido sancionado de manera temporal o permanente por violar cualquier normativa nacional o extranjera que regule la actividad aseguradora, de valores o bancaria?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN



*Ministerio de Hacienda*  
*Superintendencia de Seguros de la Nación*

h) ¿Ha sido denunciado, dentro de los últimos DIEZ (10) años, por tráfico de influencias, abuso de confianza, o por cualquier delito inherente a la actividad aseguradora?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

i) ¿Se presentó una acción de embargo preventivo o de ejecución hipotecaria contra usted o cualquier entidad mientras estuvo asociado/a con esa entidad?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

j) ¿Ha estado en una posición que requería un vínculo de exclusividad?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

### **7. Responda:**

k) ¿Usted se encuentra comprendido/a por alguna de las inhabilidades, incompatibilidades y prohibiciones previstas por la Ley N° 20.091?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

l) ¿Usted se encuentra comprendido/a por alguna de las inhabilidades, incompatibilidades y prohibiciones previstas por las Leyes N° 19.550, N° 20.321 y N° 20.337 (según corresponda)?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

m) ¿Usted ha sido inhabilitado/a y/o sancionado por aplicación de las disposiciones de las Leyes N° 20.091 y N° 22.400?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

n) ¿Usted ha sido condenado/a por delitos del derecho penal, excluidos los culposos, con penas privativas de libertad o inhabilitación?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

ñ) ¿Usted se ha encontrado sometido/a a proceso penal con prisión preventiva?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN

o) ¿Usted ha estado sometido/a a alguno de los procesos falenciales regulados por la Ley de Quiebras o a alguna de las inhabilitaciones previstas en ella?



*Ministerio de Hacienda*  
*Superintendencia de Seguros de la Nación*

Sí \_\_\_/No \_\_\_

p) ¿Usted se encuentra en condición de deudor/a moroso/a de la entidad?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

q) ¿Usted ha sido miembro de los Órganos de Administración y de Fiscalización, Gerente General o accionista de una aseguradora sujeta a liquidación forzosa?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

r) ¿Ha sido sancionado por la Unidad de Información Financiera (UIF)?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

s) ¿Usted ha sido incluido/a en los listados de terroristas publicados por el Comité de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

**8.** Según su conocimiento, ¿alguna entidad para la cual usted fue funcionario/a o director/a, miembro del comité de inversiones, empleado/a clave de la administración o accionista con participación significativa (5% o más del paquete accionario) recayó en alguna de las siguientes situaciones mientras prestó servicios en ella?:

a. ¿Se le ha negado un permiso, licencia o certificado por parte de alguna autoridad reguladora o agencia de licencias gubernamentales?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

b. ¿Su matrícula, licencia o certificado de autoridad fue suspendido, revocado, cancelado, no renovado o sometido a cualquier acción judicial, administrativa, o disciplinaria (incluida la rehabilitación, liquidación, administración judicial, curatela, procedimiento de quiebra, insolvencia, supervisión o cualquier otro procedimiento similar)?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

c. ¿Se le ha impuesto una multa en su contra o en contra de su matrícula, licencia o habilitación, sea en sede civil, penal, administrativa o disciplinaria?



*Ministerio de Hacienda  
Superintendencia de Seguros de la Nación*

Sí \_\_\_/No \_\_\_

Al responder a las preguntas (b) y (c), el/la declarante también debe incluir cualquier evento dentro de los DOCE (12) meses posteriores a su salida de la entidad.

**9.** ¿Usted reúne la condición de persona expuesta políticamente (PEP) conforme a los lineamientos formales que establece la UIF?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

**10. Director Independiente (completar en todos los casos):**

a) ¿Usted ha sido designado/a como Director/a Independiente en los términos del Anexo del Punto 9.1.2. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

b) ¿Usted se encuentra designado como miembro del Órgano de Administración de la controlante de la entidad aseguradora o reaseguradora -en los términos del inciso 1) del artículo 33 de la Ley 19.550-, o lo ha sido en los últimos TRES (3) años?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

c) ¿Usted se encuentra o se ha encontrado vinculado por una relación de dependencia a la aseguradora/reaseguradora y/o a sociedades controlantes de la aseguradora/reaseguradora - en los términos del inciso 1) del artículo 33 de la Ley N° 19.550- o a accionistas en forma directa o indirecta?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

d) ¿Usted ha tenido relaciones profesionales o ha pertenecido a una sociedad o asociación profesional que mantenga relaciones profesionales o perciba remuneraciones u honorarios (distintos de los correspondientes a las funciones que cumple en el Órgano de Administración) de la entidad, de los accionistas o de sociedades controlantes -en los términos del inciso 1) del artículo 33 de la Ley N° 19.550 -?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN



*Ministerio de Hacienda*  
*Superintendencia de Seguros de la Nación*

e) En forma directa o indirecta, ¿usted vende y/o provee o ha vendido y/o provisto bienes y/o servicios (distintos a servicios profesionales) a la entidad o a los accionistas o sociedades controlantes de ésta -en los términos del inciso 1) del artículo 33 de la Ley N° 19.550 -?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

f) En forma directa o indirecta, ¿usted es titular de acciones en la entidad donde fuera designado director independiente o en una sociedad controlantes de ésta -en los términos del inciso 1) del artículo 33 de la Ley N° 19.550 -?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

g) ¿Usted es cónyuge, conviviente reconocido legalmente, o posee parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, de individuos que sean accionistas, miembros del Órgano de Administración o de la Alta Gerencia de la entidad para la cual fuera designado Director/a Independiente?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

h) ¿Usted es cónyuge, conviviente reconocido legalmente, o posee pariente hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, de individuos que no cumplirán los requisitos de independencia establecidos en esta reglamentación, si fueren a integrar el Órgano de Administración de la entidad con su cargo de Director Independiente?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

i) ¿Usted, su cónyuge, conviviente reconocido legalmente, pariente hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, de individuos que poseen de forma directa o indirecta acciones en entidades sujetas a la regulación por parte de SSN?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

j) ¿Usted, su cónyuge, conviviente reconocido legalmente, pariente hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad de individuos que se encuentran empleados por la entidad?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN

k) ¿Recibió usted, o algún miembro de su familia algún beneficio (beca, pasantía, premios, etc) u otro tipo de asistencia (bienes, servicios, uso de instalaciones, etc) por parte de la entidad?





*Ministerio de Hacienda*  
*Superintendencia de Seguros de la Nación*

Sí \_\_\_/No \_\_\_

l) Usted es miembro del órgano de administración de otra entidad regulada por SSN?

Sí \_\_\_/No \_\_\_

**11. Documentación a presentar en todos los casos:**

a) Certificado de antecedentes penales, expedido por la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO NACIONAL DE REINCIDENCIA Y ESTADÍSTICA CRIMINAL.

b) Cuando hubiera residido el extranjero en cualquier momento durante los DIEZ (10) años previos a su designación, o posea domicilio real en el extranjero, deberá presentar además los certificados de carácter equivalente al inciso a) del presente punto extendido por la autoridad gubernamental competente del país donde reside o residió, con certificación de firma emitida por el CONSULADO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA en dicho país y legalización del MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, COMERCIO INTERNACIONAL Y CULTO o por el sistema de apostillas, en el caso de Estados que hayan firmado y ratificado la CONVENCIÓN DE LA HAYA de fecha 5 de octubre de 1961, y traducción de los mismos al idioma castellano por traductor público con visado del respectivo colegio profesional.

**12. Por la presente certifico bajo juramento que estoy actuando en mi nombre y que las declaraciones anteriores son verídicas y correctas.**

**Otorgo permiso a la SSN para que solicite información y contacte a terceros (Organismos y/o Personas Físicas y/o Jurídicas, nacionales o extranjeros) para proporcionar información adicional con respecto a las búsquedas de información respaldaría durante el proceso de verificación. Asimismo podrá contactarme y solicitar cualquier información adicional a mí persona.**

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Firma del declarante)**

IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN



*Ministerio de Hacienda  
Superintendencia de Seguros de la Nación*

**ATENCIÓN**

**Completar únicamente en caso de ser designado miembro del órgano de administración:  
Asumo a mi cargo el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la Resolución N°  
(completar con el número de resolución que aprueba este anexo) y adhiero a su régimen.**

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Firma del declarante)**



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

**Hoja Adicional de Firmas  
Informe gráfico**

**Número:** IF-2018-61898770-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Jueves 29 de Noviembre de 2018

**Referencia:** Anexo del Punto 9.1.4. DECLARACIÓN JURADA DE APTITUDES Y ANTECEDENTES

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 10 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=MINISTERIO DE MODERNIZACION,  
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564  
Date: 2018.11.29 03:59:49 -03'00'

Juan Ignacio Perucchi  
Gerente  
Gerencia Técnica y Normativa  
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=MINISTERIO DE MODERNIZACION, ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564  
Date: 2018.11.29 03:59:50 -03'00'