

Instructivo TAD

**ACTUALIZACIÓN DE DATOS
DE ASEGURADORAS
Y REASEGURADORAS**

ÍNDICE

ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA TAD	3
ingreso al sistema	4
Inicio del Trámite	6
1º ETAPA - DATOS DEL SOLICITANTE	7
2º ETAPA - CARGA DE INFORMACIÓN	8
Datos del Trámite	8
A - SI LA ENTIDAD ES UNA ASEGURADORA	9
1. Información principal de la Entidad	9
2. Detalle de Accionistas	10
3. Detalle Sucursal - Agencia	10
4. Ramas Aprobadas	12
5. Servicio de Atención al Asegurado (SAA)	13
6. Responsable de Control Interno	13
7. Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones	14
8. Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones	14
9. Oficial de Cumplimiento	14
10. Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude	15
11. Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final	15
12. Detalle de Contacto Institucional	16
13. Miembro del Órgano de Administración	17
14. Miembro del Órgano de Fiscalización	18
15. Miembro de la Alta Gerencia	20
16. Director Independiente	21
17. Detalles del Auditor y Actuario Externo	24

B - SI LA ENTIDAD ES UNA REASEGURADORA LOCAL.....	25
1. Información principal de la Entidad.....	25
2. Detalle de Accionistas.....	25
3. Detalle Sucursal - Agencia.....	26
4. Responsable de Control Interno.....	27
5. Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones.....	27
6. Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones.....	28
7. Oficial de cumplimiento.....	28
8. Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude.....	29
9. Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final.....	29
10. Detalle de Contacto Institucional.....	30
11. Miembro del Órgano de Administración.....	30
12. Miembro del Órgano de Fiscalización.....	33
13. Miembro de la Alta Gerencia.....	34
14. Director Independiente.....	36
15. Detalles del Auditor y Actuario Externo.....	39
C - SI LA ENTIDAD ES UNA REASEGURADORA ADMITIDA.....	40
1. Información principal de la Entidad.....	40
2. Apoderado.....	40
3. Detalle Sucursal - Agencia - Oficina de Representación.....	41
4. Detalle de Accionistas.....	43
3° ETAPA - CONFIRMAR TRÁMITE.....	44
CERRAR SESIÓN.....	45

ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA TAD

Trámites a Distancia (TAD) es una plataforma que permite al ciudadano realizar trámites ante la Administración Pública de manera virtual desde una PC, pudiendo gestionar y llevar el seguimiento de los mismos sin tener que acercarse a una mesa de entrada.

Mediante la plataforma TAD, las Entidades supervisadas deberán completar el TAD “**Actualización de Datos de Aseguradoras y Reaseguradoras**”.

Para realizar este tipo de trámites deberá habilitarse a través de la página de AFIP. Sugerimos ver los siguientes enlaces para entender quiénes deberán adherirse a través de la página de AFIP, y establecer quien participará como apoderado de la entidad.

Sugerimos ver los siguientes enlaces:

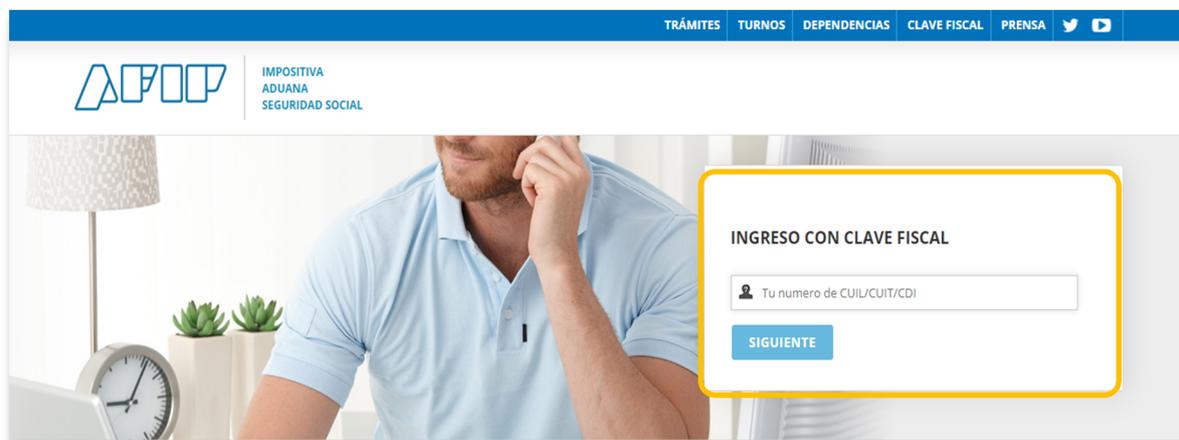
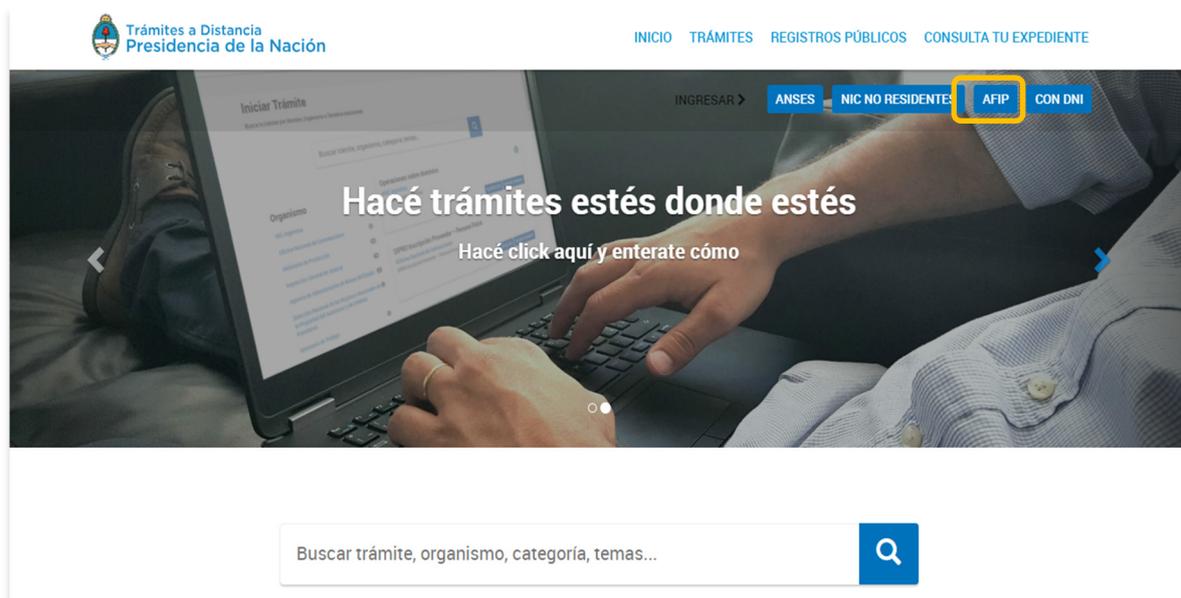
- Adherir el servicio de TAD en AFIP
<https://www.youtube.com/watch?v=zC-v5ICR8Uc>
- Operar como apoderado o como titular
<https://www.youtube.com/watch?v=Nu9gL1mjHto>
- Cómo iniciar un trámite
https://www.youtube.com/watch?v=e3LaBNB_XpQ

INGRESO AL SISTEMA

Para acceder a la plataforma TAD (Trámites a Distancia), se podrá ingresar al siguiente link <https://tramitesadistancia.gob.ar/>, o también podrá accederse mediante la página web de la [Superintendencia de Seguros de la Nación](#) en la sección “Trámites”.

Al ingresar al trámite mediante la página web de la Superintendencia de Seguros de la Nación, encontrarán el instructivo para realizar el trámite.

Seguidamente, se deberá hacer clic en la solapa **AFIP**.



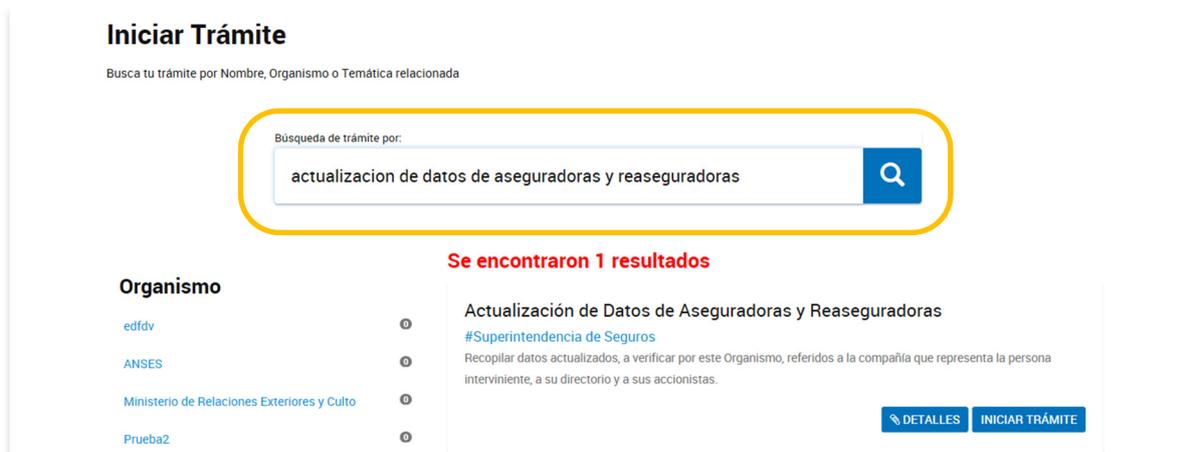
El apoderado debe ingresar con su **CUIT y Clave Fiscal** personal y, una vez dentro, seleccionar la Entidad a la que representa.



Al ingresar como representante de la Entidad, verá su **nombre de Usuario** (arriba/derecha) y el **nombre de la Entidad** a la que representa (arriba/izquierda).

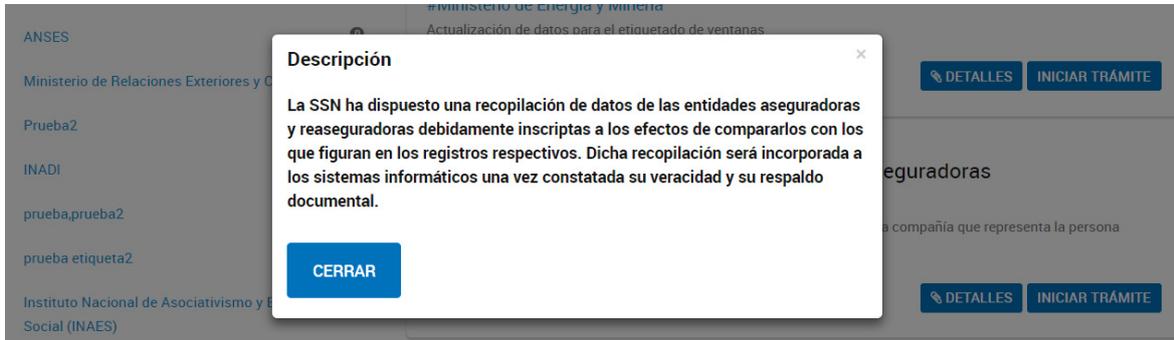


La Entidad podrá realizar la búsqueda del trámite por Organismo y/o por la denominación del mismo ("Búsqueda de trámite por"). En el supuesto de hacerlo por Organismo, deberá seleccionar Superintendencia de Seguros de la Nación en el margen izquierdo. Por el contrario, para buscar por trámite sólo deberá escribir algunas palabras relacionadas con el mismo.



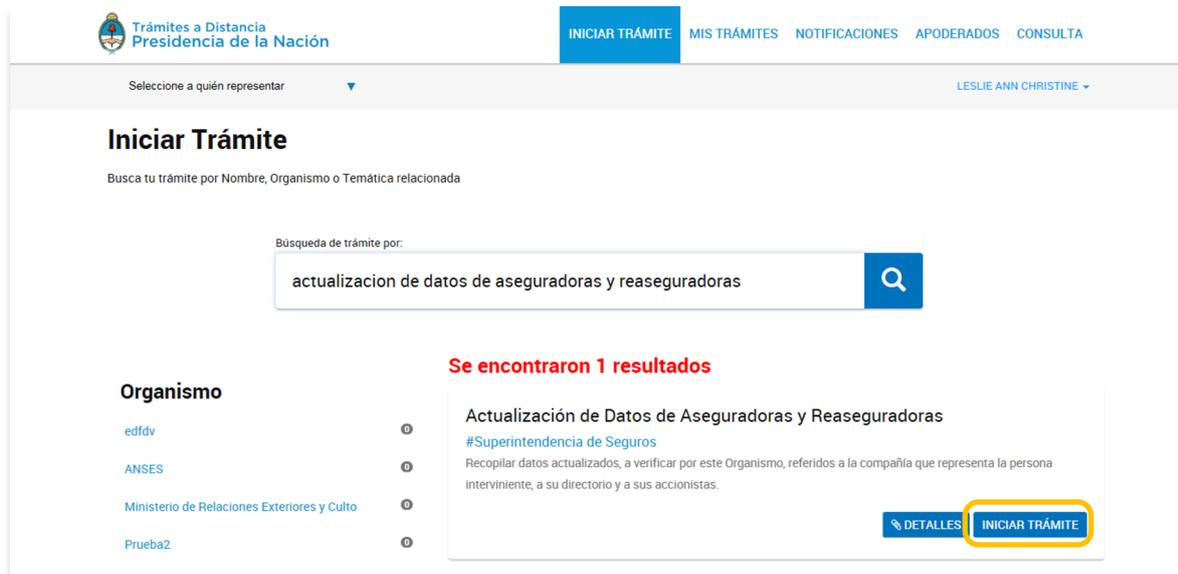


Este ícono permite visualizar la descripción del trámite, a los efectos de verificar que el mismo sea el correctamente seleccionado.



INICIO DEL TRÁMITE

Para iniciar el trámite seleccionado, se deberá presionar el ícono **INICIAR TRÁMITE**.



El trámite consta de tres etapas:

1. DATOS DEL SOLICITANTE
2. CARGA DE INFORMACIÓN
3. CONFIRMAR TRÁMITE

1° ETAPA

DATOS DEL SOLICITANTE

En esta etapa, se deberá constatar si los “**Datos del solicitante**” son correctos para proseguir con la carga.

EDITAR Permite modificar los “**Datos del solicitante**” que considere necesario.

CONTINUAR Al presionar este botón, se pasará a la siguiente pantalla que permitirá dar comienzo a la carga de información.

The screenshot shows a web interface for updating applicant data. At the top, there is a header with the logo 'Trámites a Distancia Presidencia de la Nación' and navigation links: 'INICIAR TRÁMITE', 'MIS TRÁMITES', 'NOTIFICACIONES', 'APODERADOS', and 'CONSULTA'. Below the header, there is a sub-header 'Selección a quién representar' with a dropdown arrow and the name 'LESLIE ANN CHRISTINE'. The main title of the form is 'Actualización de Datos de Aseguradoras y Reaseguradoras'. A progress bar at the top of the form shows three steps: a person icon (active), a document icon, and a checkmark icon. The 'Datos del solicitante' section contains the following fields: 'Nombre: LESLIE ANN', 'Apellidos: CHRISTINE', 'CUIT/CUIL: 20348134564', 'Correo electrónico de aviso: [input field with value 'p@p@p@a.com']', and 'Teléfono de contacto: +54 [input field with value '567890098']'. On the right side of the form, there are three buttons: a green 'EDITAR' button, a blue 'VER COMPLETO' button, and a blue 'CONTINUAR' button.

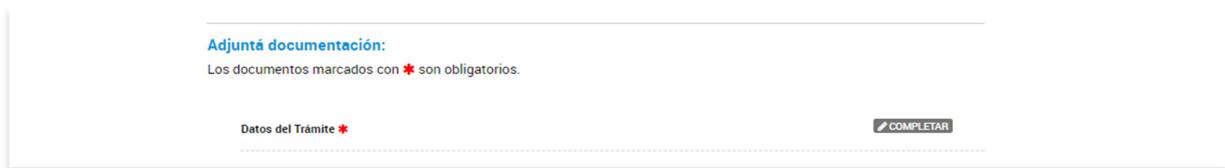
2° ETAPA

CARGA DE INFORMACIÓN

Datos del Trámite

 COMPLETAR

Para comenzar a cargar la información, se deberá hacer clic en “Completar”.



Como primera medida, la Entidad deberá seleccionar su **Número de Registro SSN** (Imagen 1) en el listado que se despliegue. Seguidamente, deberá indicar qué **Tipo de entidad** (Imagen 2) reviste; en ese sentido, se deberá elegir si es una “Aseguradora” o “Reaseguradora”. En el supuesto de seleccionar “Reaseguradora”, deberá señalar si es “Local” o “Admitida”.

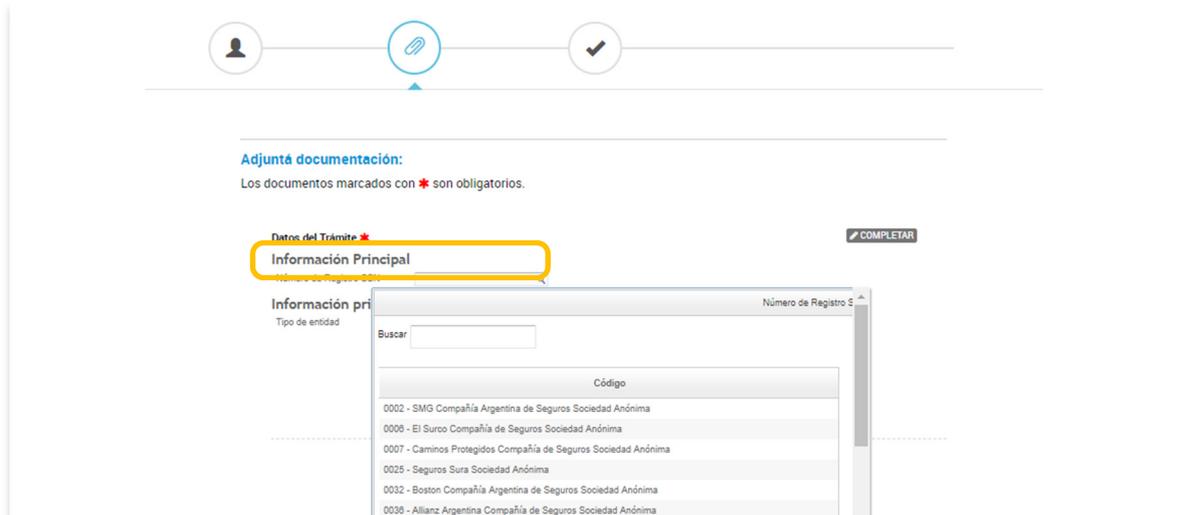


Imagen 1

Adjuntá documentación:
Los documentos marcados con * son obligatorios.

Datos del Trámite * COMPLETAR

Información Principal
Número de Registro SSN

Información principal de la entidad
Tipo de entidad

Imagen 2

A - SI LA ENTIDAD ES UNA ASEGURADORA

1. Información principal de la Entidad

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos requeridos.

Datos del Trámite * COMPLETAR

Información Principal
Número de Registro SSN

Información principal de la entidad
Tipo de entidad

CUIT

Tipo Societario

Número de expediente generado al presentar DDJJ de Beneficiario Final (Res. SSN N° 816/2018)

Domicilio

Calle y número

Código Postal

Teléfonos

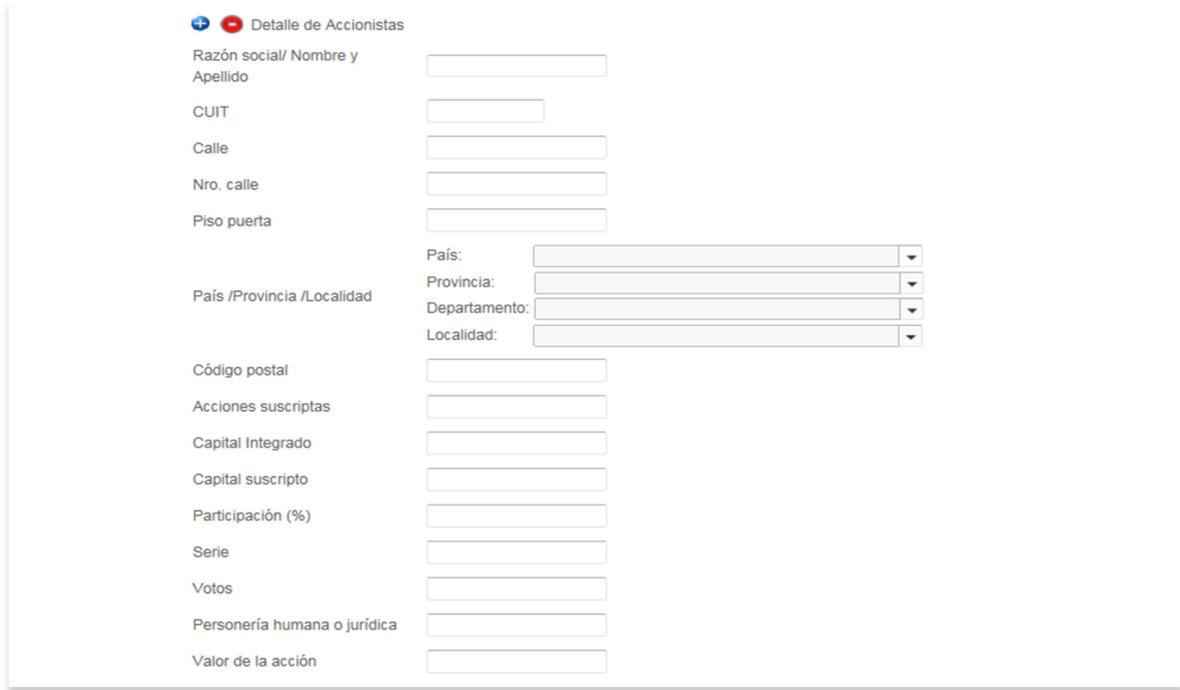
Fax

Correo electrónico

Página web

2. Detalle de Accionistas

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a sus Accionistas.



Formulario de detalle de accionistas con los siguientes campos:

- Razón social/ Nombre y Apellido
- CUIT
- Calle
- Nro. calle
- Piso puerta
- País /Provincia /Localidad (con subcampos para País, Provincia, Departamento y Localidad)
- Código postal
- Acciones suscriptas
- Capital Integrado
- Capital suscripto
- Participación (%)
- Serie
- Votos
- Personería humana o jurídica
- Valor de la acción

+ Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Detalle de Accionistas** para informar.

3. Detalle Sucursal - Agencia

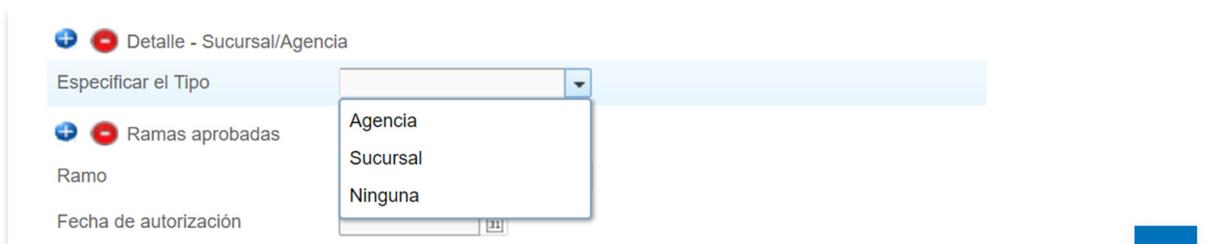
En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a sus **Sucursales o Agencias**.



Formulario de detalle sucursal/agencia con el campo:

- Especificar el Tipo

La Aseguradora deberá especificar **el Tipo**: "Agencia", "Sucursal" o "Ninguna".



Formulario de detalle sucursal/agencia con el campo "Especificar el Tipo" desplegado, mostrando las opciones:

- Agencia
- Sucursal
- Ninguna

Si la Aseguradora selecciona **Agencia**, deberá completar la siguiente información:

  Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo

Nombre

Domicilio

Pais:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

Calle

Nro.

Piso

Depto.

Código Postal



Si la Entidad selecciona **Sucursal**, deberá completar la siguiente información:

  Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo

Nombre

Nro. De Acto Administrativo

Domicilio

Pais:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

Calle

Nro.

Piso

Depto.

Código Postal



 En cada uno de los supuestos seleccionados, al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Detalle Sucursal - Agencia** para informar.

4. Ramas Aprobadas

+ - Ramas aprobadas

Ramo

Fecha de autorización

Tipo de acto administrativo

N° de acto administrativo

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información relativa a las Ramas aprobadas por este Organismo.

En **Ramo**, la Aseguradora deberá seleccionar el Ramo de la lista desplegable que tiene autorizado.

Depto.

Código Postal

+ - Ramas aprobadas

Ramo

Fecha de autorización

Tipo de acto administrativo

N° de acto administrativo

Servicio de Atención a

Número de teléfono del Call Center / Atención al cliente

Datos del Responsable

Nombre

- Accidentes a pasajeros
- Accidentes personales
- Aeronavegación
- Automotores
- Cascos y maquinarias
- Caución
- Caución por daños ambientales
- Combinado familiar e integral
- Créditos
- Incendio
- Motovehículos
- Otros riesgos de daños patrimoniales
- Otros riesgos de daños patrimoniales - cristales
- Rentas previsionales y de riesgos del trabajo

En **Tipo de acto administrativo**, la Aseguradora deberá indicar qué tipo de acto administrativo autorizó la Rama informada (“Nota”, “Proveído”, “Resolución” u “Otra”).

+ - Ramas aprobadas

Ramo *Cascos y maquinarias*

Fecha de autorización

Tipo de acto administrativo

N° de acto administrativo

Servicio de Atención a

Número de teléfono del Call Center / Atención al cliente

- Nota
- Proveído
- Resolución
- Otra



Al presionar este ícono, se podrán agregar cada una de las **Ramas aprobadas** de la Aseguradora.

5. Servicio de Atención al Asegurado (SAA)

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Servicio de Atención al Asegurado (SAA).

Servicio de Atención al Asegurado (SAA)

Número de teléfono del Call Center / Atención al cliente

Datos del Responsable Titular

Nombre

Apellido

Sexo

Teléfono

Interno

Correo Electrónico

Datos del Responsable Suplente

Nombre

Apellido

Sexo

Teléfono

Interno

Correo Electrónico

6. Responsable de Control Interno

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Responsable de Control Interno.

Responsable de Control Interno

Nombre

Apellido

Sexo

Teléfono

Número de interno

Correo Electrónico

7. Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones.

Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

8. Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones

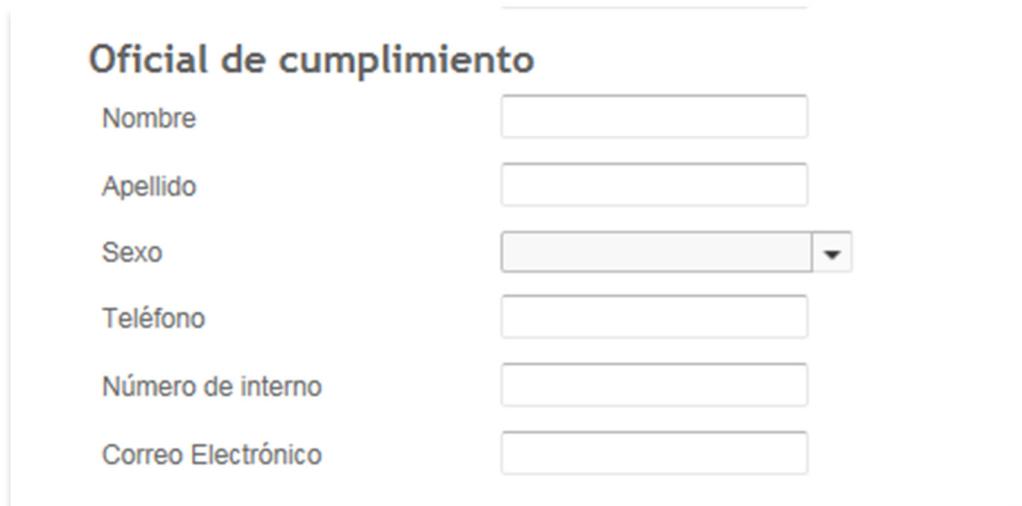
En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones.

Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

9. Oficial de Cumplimiento

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su **Oficial de cumplimiento**.

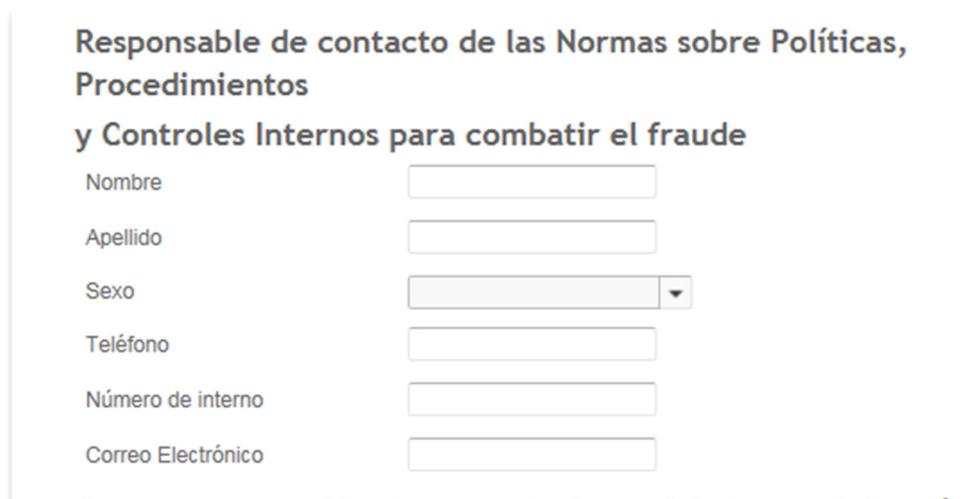


Oficial de cumplimiento

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

10. Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude.



Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

11. Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final

En esta sección, la Aseguradora deberá completar los datos concernientes a su Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final.

Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/> ▼
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

12. Detalle de Contacto Institucional

En esta sección, la Aseguradora deberá informar un **Contacto Institucional**.

  **Detalle de Contacto Institucional**

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/> ▼
Cargo	<input type="text"/>
Superior Directo	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
N° de interno	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo detalle de **Contacto Institucional** para informar.

13. Miembro del Órgano de Administración

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de su **Órgano de Administración** (titulares y suplentes) con mandato vigente.

+ - Miembro del órgano de Administración

Tipo Societario de la Entidad	<input type="text" value="Sociedad Anónima"/>
Cargo	<input type="text" value="Otro"/>
Indique	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Tipo de Documento	<input type="text"/>
N° de Documento	<input type="text"/>
N° de CUIT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Casado/a"/>
Nombre Cónyuge	<input type="text"/>
Apellido Cónyuge	<input type="text"/>
¿Vive el Cónyuge?	<input type="text" value="Si"/>
CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>

Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/>
	Provincia: <input type="text"/>
Domicilio particular	Departamento: <input type="text"/>
	Localidad: <input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="CFO - Financiero"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/>
Fecha fin de mandato	<input type="text"/>
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento del Padre	<input type="text"/>
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro del Órgano de Administración** para informar.

14. Miembro del Órgano de Fiscalización

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de su **Órgano de Fiscalización** (titulares y suplentes) con mandato vigente.

+ - Miembro del órgano de Fiscalización

Cargo:

Indique:

Nombre:

Apellido:

Sexo:

Tipo de Documento:

N° de Documento:

N° de CUIT:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Nombre Cónyuge:

Apellido Cónyuge:

¿Vive el Cónyuge?:

CUIT Cónyuge:

Correo electrónico:

Teléfono Laboral:

Teléfono Celular:

Seleccione el País de su Domicilio Particular:

Provincia:

Domicilio particular: Departamento:

Localidad:

Código Postal:

Profesión:

Fecha inicio de mandato:

Fecha fin de mandato:

Nombre de la Madre:

Apellido de la Madre:

¿Vive la Madre?:

Tipo de Documento de la Madre:

Indique:

Número de Documento de la Madre:

Nombre del Padre:

¿Vive el Padre?:

Tipo de Documento del Padre:

Número de Documento del Padre:

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro del Órgano de Fiscalización** para informar.

15. Miembro de la Alta Gerencia

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de la **Alta Gerencia** (Gerente General o Subgerente General).

  Miembro de la Alta Gerencia

Gerente General	<input type="text" value="Si"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Tipo de Documento	<input type="text"/>
N° de Documento	<input type="text"/>
N° de CUIT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> 
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text" value="Argentina"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Viudo/a"/>
Nombre Cónyuge	<input type="text"/>
Apellido Cónyuge	<input type="text"/>
CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>

Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/>
Domicilio particular	Provincia: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Localidad: <input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="Otras"/>
Indique	<input type="text"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/>
Fecha fin de mandato	<input type="text"/>
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento del Padre	<input type="text"/>
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>



Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro de Alta Gerencia** para informar.

16. Director Independiente

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información requerida respecto del Director Independiente.

Como primera medida, la Aseguradora deberá indicar si posee o no Director Independiente.

+ - Director Independiente

¿Tiene la entidad Director Independiente?

Respuesta

Detalles del Auditor y Auditor Externo

Si
No

En el supuesto de poseer Director Independiente, la Aseguradora deberá elegir la opción **Si** y completar la siguiente información:

+ - Director Independiente

¿Tiene la entidad Director Independiente?

Respuesta

Nombre

Apellido

Sexo

Tipo de Documento

N° de Documento

N° de CUIT

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

Nombre Cónyuge

Apellido Cónyuge

CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>
Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/> ▼
	Provincia: <input type="text"/> ▼
Domicilio particular	Departamento: <input type="text"/> ▼
	Localidad: <input type="text"/> ▼
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="Otras"/> ▼
Indique	<input type="text"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/> 
Fecha fin de mandato	<input type="text"/> 
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/> ▼
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text" value="OT - OTROS"/> ▼
Indique	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/> ▼
Tipo de Documento del Padre	<input type="text" value="PA - PASAPORTE"/> ▼
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>



Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Director Independiente para informar**.

17. Detalles del Auditor y Actuario Externo

En esta sección, la Aseguradora deberá completar la información requerida respecto de su Auditor y Actuario Externo.

Respecto del Auditor Externo, la Aseguradora deberá completar la siguiente información:

Auditor Externo

¿Pertenece a una Sociedad Profesional inscrita ante la SSN?

Nombre

Apellido

N° de CUIT

N° de registro ante SSN

Respecto del Actuario Externo, la Aseguradora deberá completar la siguiente información:

Actuario Externo

¿Pertenece a una Sociedad Profesional inscrita ante la SSN?

Nombre

Apellido

N° de CUIT

N° de registro ante SSN

Una vez cargada toda la información solicitada, se deberá hacer clic en el siguiente botón:

GUARDAR

B - SI LA ENTIDAD ES UNA REASEGURADORA LOCAL

1. Información principal de la Entidad

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos requeridos.

Datos del Trámite *
COMPLETAR

Información Principal

Número de Registro SSN

Información principal de la entidad

Tipo de entidad

Especificar el Tipo

CUIT

Tipo Societario

Número de expediente generado al presentar DDJJ de Beneficiario Final (Res. SSN N° 816/2018)

Domicilio:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

Calle y número

Código Postal

Teléfonos

Fax

Correo electrónico

Página web

2. Detalle de Accionistas

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a sus Accionistas.

+
-
Detalle de Accionistas

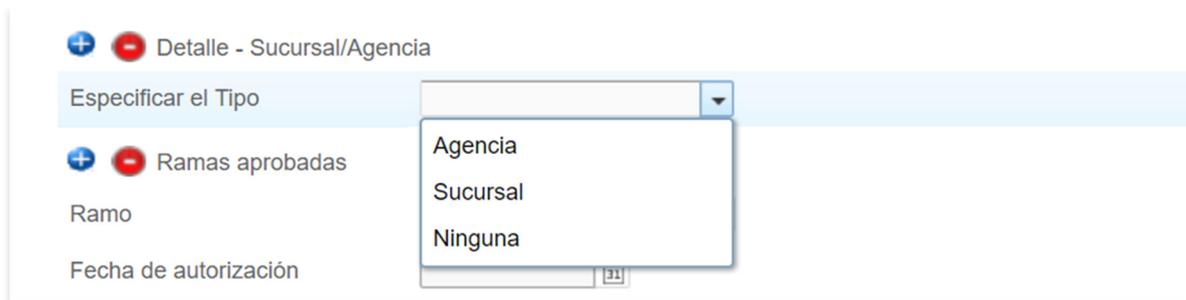
Razón social/ Nombre y Apellido	<input type="text"/>
CUIT	<input type="text"/>
Calle	<input type="text"/>
Nro. calle	<input type="text"/>
Piso puerta	<input type="text"/>
País /Provincia /Localidad	País: <input type="text"/>
	Provincia: <input type="text"/>
	Departamento: <input type="text"/>
	Localidad: <input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>
Acciones suscriptas	<input type="text"/>
Capital Integrado	<input type="text"/>
Capital suscrito	<input type="text"/>
Participación (%)	<input type="text"/>
Serie	<input type="text"/>
Votos	<input type="text"/>
Personería humana o jurídica	<input type="text"/>
Valor de la acción	<input type="text"/>

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo Detalle de Accionistas para informar.

3. Detalle Sucursal - Agencia

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a sus Agencias, en caso de poseer.

En el supuesto de no poseer, deberá seleccionar **Ninguna**.



Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo

Ramas aprobadas

Ramo

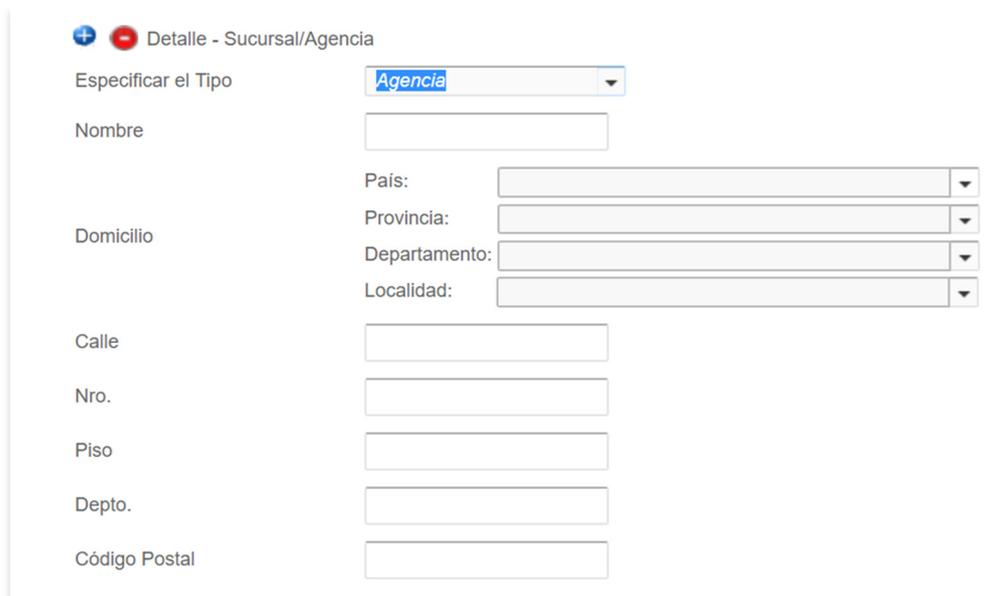
Fecha de autorización

Agencia

Sucursal

Ninguna

Si la Entidad selecciona **Agencia**, deberá completar la siguiente información:



Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo: **Agencia**

Nombre

Domicilio

Calle

Nro.

Piso

Depto.

Código Postal

País:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

 En cada uno de los supuestos seleccionados, al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Detalle Sucursal - Agencia** para informar.

4. Responsable de Control Interno

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su **Responsable de Control Interno**.

Responsable de Control Interno

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/> ▼
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

5. Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones.

Encargado principal de la ejecución de la política de inversiones

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/> ▼
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

6. Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su **Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones**.

Encargado principal de los controles internos de la política de inversiones	
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

7. Oficial de cumplimiento

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su Oficial de cumplimiento.

Oficial de cumplimiento	
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value=""/>
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

8. Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su **Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude**.

Responsable de contacto de las Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/> ▼
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

9. Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar los datos concernientes a su **Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final**.

Agente responsable de carga de datos del sistema informático de Beneficiario Final

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/> ▼
Teléfono	<input type="text"/>
Número de interno	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

10. Detalle de Contacto Institucional

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá informar un **Contacto Institucional**.

Detalle de Contacto Institucional

Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/> ▼
Cargo	<input type="text"/>
Superior Directo	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
N° de interno	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Detalle de Contacto Institucional** para informar.

11. Miembro del Órgano de Administración

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de su Órgano de Administración (titulares y suplentes) con mandato vigente.

+ - Miembro del órgano de Administración

Tipo Societario de la Entidad	<input type="text" value="Sociedad Anónima"/>
Cargo	<input type="text" value="Otro"/>
Indique	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Tipo de Documento	<input type="text"/>
N° de Documento	<input type="text"/>
N° de CUIT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> 
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Casado/a"/>
Nombre Cónyuge	<input type="text"/>
Apellido Cónyuge	<input type="text"/>
¿Vive el Cónyuge?	<input type="text" value="Si"/>
CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>

Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/>
Domicilio particular	Provincia: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Localidad: <input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="CFO - Financiero"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/> 
Fecha fin de mandato	<input type="text"/> 
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento del Padre	<input type="text"/>
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>



Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro del Órgano de Administración** para informar.

12. Miembro del Órgano de Fiscalización

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de su Órgano de Fiscalización (titulares y suplentes) con mandato vigente.

+ - Miembro del órgano de Fiscalización

Cargo	<input type="text" value="Otro"/>
Indique	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Tipo de Documento	<input type="text"/>
N° de Documento	<input type="text"/>
N° de CUIT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Casado/a"/>
Nombre Cónyuge	<input type="text"/>
Apellido Cónyuge	<input type="text"/>
¿Vive el Cónyuge?	<input type="text" value="Si"/>
CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>

Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/>
Domicilio particular	Provincia: <input type="text"/>
	Departamento: <input type="text"/>
	Localidad: <input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/> 
Fecha fin de mandato	<input type="text"/> 
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text" value="OT - OTROS"/>
Indique	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento del Padre	<input type="text"/>
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro del Órgano de Fiscalización** para informar.

13. Miembro de la Alta Gerencia

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar la información requerida respecto de cada uno de los miembros de la Alta Gerencia (Gerente General o Subgerente General).

+ - Miembro de la Alta Gerencia

Gerente General	<input type="text" value="Si"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>
Tipo de Documento	<input type="text"/>
N° de Documento	<input type="text"/>
N° de CUIT	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> 
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text" value="Argentina"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Viudo/a"/>
Nombre Cónyuge	<input type="text"/>
Apellido Cónyuge	<input type="text"/>
CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>

Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/>
Domicilio particular	Provincia: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Localidad: <input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="Otras"/>
Indique	<input type="text"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/>
Fecha fin de mandato	<input type="text"/>
Nombre de la Madre	<input type="text"/>
Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/>
Tipo de Documento del Padre	<input type="text"/>
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>



Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Miembro de Alta Gerencia** para informar.

14. Director Independiente

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar la información requerida respecto del Director Independiente.

Como primera medida, la Reaseguradora Local deberá indicar si posee o no Director Independiente.

+ - Director Independiente

¿Tiene la entidad Director Independiente?

Respuesta

Detalles del Auditor y Auditor Externo

Si
No

En el supuesto de poseer Director Independiente, la **Reaseguradora Local** deberá elegir la opción **Si** y completar la siguiente información:

+ - Director Independiente

¿Tiene la entidad Director Independiente?

Respuesta *Si*

Nombre

Apellido

Sexo

Tipo de Documento

N° de Documento

N° de CUIT

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad *Argentina*

Estado Civil *Casado/a*

Nombre Cónyuge

Apellido Cónyuge

CUIT Cónyuge	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono Laboral	<input type="text"/>
Teléfono Celular	<input type="text"/>
Seleccione el País de su Domicilio Particular	<input type="text" value="Argentina"/> ▼
	Provincia: <input type="text"/> ▼
Domicilio particular	Departamento: <input type="text"/> ▼
	Localidad: <input type="text"/> ▼
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>
Calle y Número	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
Funciones	<input type="text" value="Otras"/> ▼
Indique	<input type="text"/>
Fecha inicio de mandato	<input type="text"/> 
Fecha fin de mandato	<input type="text"/> 
Nombre de la Madre	<input type="text"/>

Apellido de la Madre	<input type="text"/>
¿Vive la Madre?	<input type="text" value="Si"/> ▼
Tipo de Documento de la Madre	<input type="text" value="OT - OTROS"/> ▼
Indique	<input type="text"/>
Número de Documento de la Madre	<input type="text"/>
Nombre del Padre	<input type="text"/>
¿Vive el Padre?	<input type="text" value="Si"/> ▼
Tipo de Documento del Padre	<input type="text" value="PA - PASAPORTE"/> ▼
Número de Documento del Padre	<input type="text"/>



Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Director Independiente** para informar.

15. Detalles del Auditor y Actuario Externo

En esta sección, la Reaseguradora Local deberá completar la información requerida respecto de su Auditor y Actuario Externo.

Respecto del Auditor Externo, la Reaseguradora Local deberá completar la siguiente información:

Auditor Externo

¿Pertenece a una Sociedad Profesional inscripta ante la SSN?

Nombre

Apellido

N° de CUIT

N° de registro ante SSN

Respecto del Actuario Externo, la Reaseguradora Local deberá completar la siguiente información:

Actuario Externo

¿Pertenece a una Sociedad Profesional inscripta ante la SSN?

Nombre

Apellido

N° de CUIT

N° de registro ante SSN

Una vez cargada toda la información solicitada, se deberá hacer clic en el **botón Guardar**.

C - SI LA ENTIDAD ES UNA REASEGURADORA ADMITIDA:

1. Información principal de la Entidad

En esta sección, la Reaseguradora Admitida deberá completar los datos requeridos.

Información Principal

Número de Registro SSN

Información principal de la entidad

Tipo de entidad ▼

Especificar el Tipo ▼

CUIT

Tipo Societario ▼

País de Origen ▼

Ciudad

Dirección

Código Postal

Teléfonos

Fax

Correo electrónico

Página web

2. Apoderado

En esta sección, la Reaseguradora Admitida deberá completar los datos de su Apoderado con domicilio constituido en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

+ - Apoderado

Nombre

Apellido

N° de Documento

Domicilio constituido en CABA

Código Postal

Teléfono de contacto

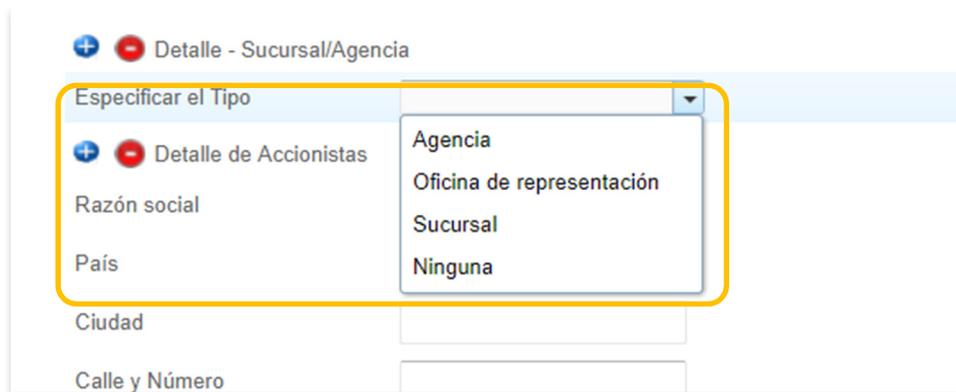
Correo electrónico

 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Apoderado** para informar.

3. Detalle Sucursal – Agencia - Oficina de Representación

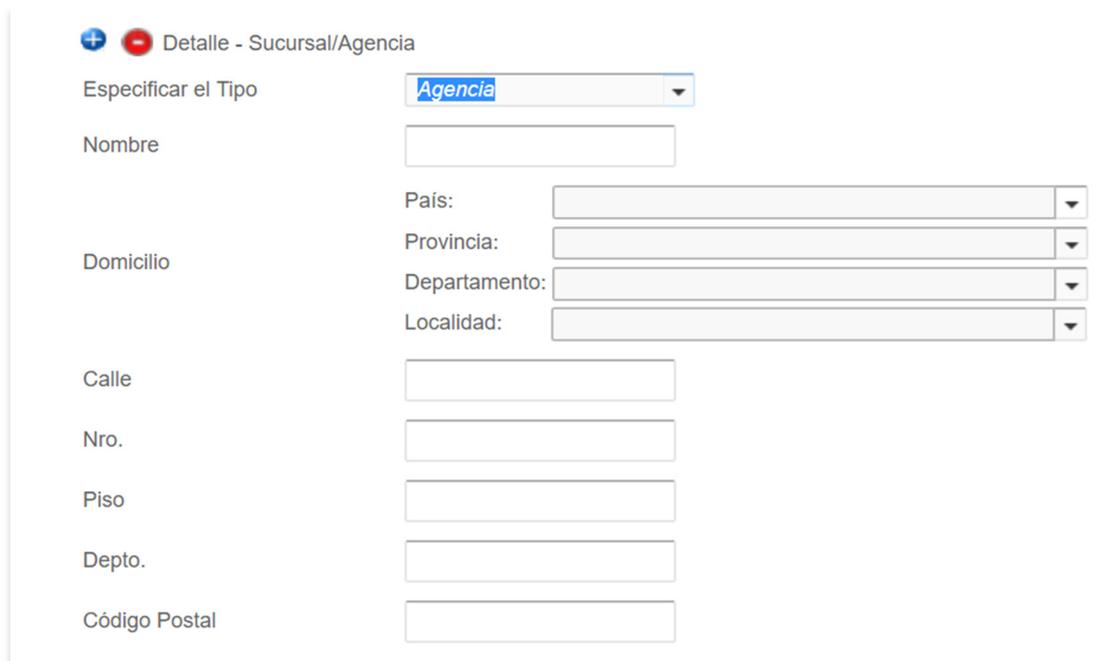
En esta sección, la Reaseguradora Admitida deberá indicar si posee “*Agencia*”, “*Sucursal*” u “*Oficina de Representación*” en la República Argentina.

En el supuesto de no poseer, deberá seleccionar **Ninguna**.



The screenshot shows a form titled "Detalle - Sucursal/Agencia". A dropdown menu is open for the field "Especificar el Tipo", displaying four options: "Agencia", "Oficina de representación", "Sucursal", and "Ninguna". Other visible fields include "Detalle de Accionistas", "Razón social", "País", "Ciudad", and "Calle y Número".

Si la Reaseguradora Admitida selecciona **Agencia**, deberá completar la siguiente información:



The screenshot shows the same form with "Agencia" selected in the "Especificar el Tipo" dropdown. The following fields are visible and ready for input: "Nombre", "Domicilio" (with sub-fields for "País:", "Provincia:", "Departamento:", and "Localidad:"), "Calle", "Nro.", "Piso", "Depto.", and "Código Postal".

Si la Reaseguradora Admitida selecciona **Sucursal**, deberá completar la siguiente información:

+ - Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo Sucursal ▼

Nombre

Nro. De Acto Administrativo

Domicilio

País:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

Calle

Nro.

Piso

Depto.

Código Postal

Si la Reaseguradora Admitida selecciona **Oficina de Representación**, deberá completar la siguiente información:

+ - Detalle - Sucursal/Agencia

Especificar el Tipo Oficina de representación ▼

Nombre

Domicilio

País:

Provincia:

Departamento:

Localidad:

Calle

Nro.

Piso

Depto.

Código Postal

+ En cada uno de los supuestos seleccionados, al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **“Detalle Sucursal - Agencia - Oficina de Representación”** para informar.

4. Detalle de Accionistas

En esta sección, la Reaseguradora Admitida deberá informar los datos concernientes a sus Accionistas.

  **Detalle de Accionistas**

Razón social

País

Ciudad

Calle y Número

Código postal

Participación (%)

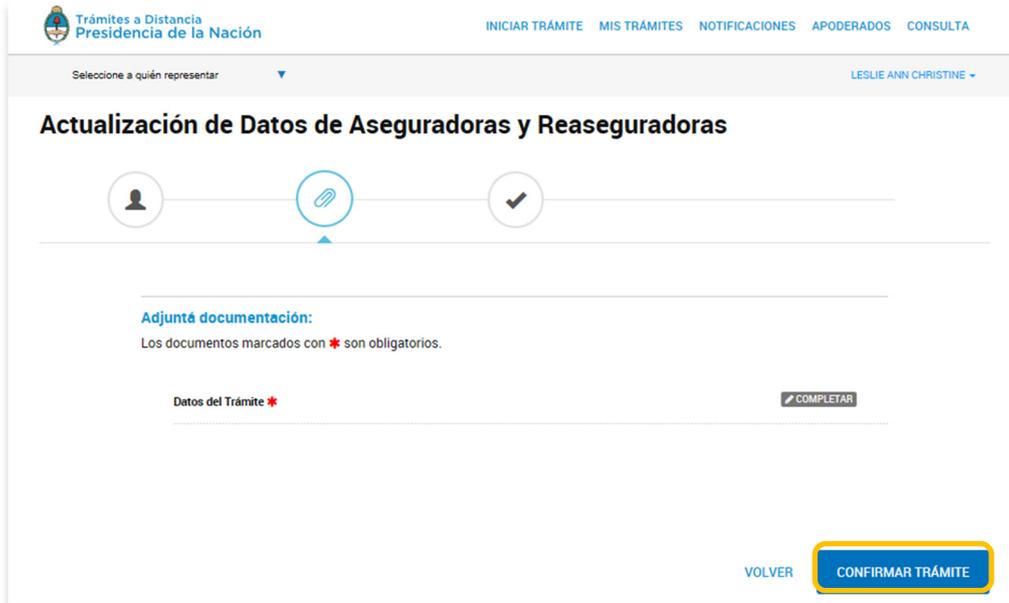
 Al presionar este ícono, se podrá agregar un nuevo **Detalle de Accionistas** para informar.

Una vez cargada toda la información solicitada, se deberá hacer clic en el **BOTÓN GUARDAR**

3° ETAPA

CONFIRMAR TRÁMITE

Una vez que la Entidad haya cargado toda la información solicitada, deberá hacer clic en el botón **Confirmar Trámite**.



Una vez confirmado el trámite, el sistema emitirá un Número de Expediente, el cual aconsejamos guardar.



CERRAR SESIÓN

Para salir del aplicativo deberá presionar sobre su **nombre de usuario** (arriba/derecha) y seleccionar la opción **Salir**.

