



DATOS DEL PRODUCTOR / PERSONA JURÍDICA

CUIT: _____

Razón Social: _____

DOMICILIO COMERCIAL

Calle: _____ OFICINA A LA CALLE: SI NO N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono N°: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Zona de Influencia en que opera: _____

DOCUMENTACIÓN

Categoría I.V.A.: _____ N° C.U.I.T.: _____

Serv. Sociales N°: _____ N° Matrícula (Ley 22.400): _____

N° Inscripción: _____ No Inscripto

Ingresos Brutos: _____ Inscripto en una jurisdicción

Inscripto en Convenio Multilateral

(Marcar con una X las jurisdicciones en las que se halla inscripto)

01-Capital Federal
 02-Buenos Aires
 03-Catamarca
 04-Córdoba
 05-Corrientes
 06-Chaco

07-Chubut
 08-Entre Ríos
 09-Formosa
 10-Jujuy
 11-La Pampa
 12-La Rioja

13-Mendoza
 14-Misiones
 15-Neuquén
 16-Río Negro
 17-Salta
 18-San Juan

19-San Luis
 20-Santa Cruz
 21-Santa Fe
 22-Santiago del Estero
 23-Tierra del Fuego
 24-Tucumán

*EN CASO DE EXENTO ADJUNTAR DOCUMENTACION

CODIGO (*)

Código de Productor (*) _____ Agencia (*) _____

Código de Operador (*) _____ Sub-agencia (*) _____

Código de Grupo (*) _____ Ejecutivo de cuenta (*) _____

(*) A ser completada por la Compañía

Rogamos adjuntar fotocopia formulario ingresos brutos / fotocopia formulario D.G.I. / fotocopia pago de matrícula y libros rubricados

*EN CASO DE EXENTO ADJUNTAR DOCUMENTACION

Documentación que se deberá adjuntar junto con la Solicitud:

- Fotocopia del ultimo recibo de pago de la matricula
- Formulario de Cuit
- Constancia de inscripción AFIP
- Constancia de rubrica digital
- Fotocopia del estatuto o contrato social para el caso de sociedades
- Fotocopia de credencial identificacion parar PAS
- Acta de designación y Poder en caso que corresponda

Por motivo de la resolución 28/2018 de la UIF (Unidad de Informacion Financiera) se deberán adjuntar:

- Constancia de inscripción como Sujeto Obligado ante la UIF;
- Constancia de capacitación anual en tema de Prevención de lavado y financiamiento del terrorismo.

Firma

Aclaración y Cargo

Lugar y Fecha



DATOS COMERCIALES

Persona Física o Persona Jurídica _____

Documento: _____ Tipo: _____ N°: _____

CUIL/CUIT: _____ Tipo: _____ N°: _____

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Beneficiario del pago: _____

Domicilio: _____ Calle: _____ N°: _____ Piso: _____

Dpto: _____ Localidad: _____ Pcia: _____

Código Postal Argentino (CPA): _____ (Ej: para Av. Madero 942 el CPA es: C1106ACW)

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

AUTORIZACIÓN ADICIONAL

Usuario autorizado para consultar disponibilidad de pagos por internet y recibir avisos por e-mail: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____

Documento (tipo y N°): _____

CUIL: _____

E-mail (Letra imprenta clara): _____

AREA PARA SER COMPLETADA PARA PERCIBIR PAGOS POR MODALIDAD DE CRÉDITO EN CUENTA(1)

Solicitamos que el pago de los servicios y conceptos facturados por nuestra empresa, sean directamente girados a la cuenta del/los titular/es (2)

Tipo de cuenta: _____ N°: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Declaramos que el respectivo N° de Clave Bancaria Uniforme ó CBU (de 22 dígitos) es:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La presente tiene la calidad de declaración jurada, comprometiéndonos a denunciar cualquier cambio en los datos e información antes indicada. Se deja expresamente aclarado que una vez acreditados los fondos respectivos en la citada cuenta, tal acreditación tendrá el carácter de pago a todos los efectos legales, siendo plenamente cancelatoria y liberatoria de las obligaciones a cargo de Cia. de Seg. La Mercantil Andina SA en relación a los conceptos abonados por la referida transferencia y acreditación. Eximimos de cualquier responsabilidad y reclamo a vuestra Compañía en el caso en que los datos indicados en esta carta no sean correctos o no estén actualizados, tampoco será responsable la Cia. en el caso en que los fondos no pudiesen ser acreditados en la cuenta referida, por causas no imputables a la misma.

(1) Si el titular de la cuenta y/o el n° de cuil/cuil con el que se abrió la misma no coinciden con el beneficiario y el cuil al que nos piden efectuar el pago, la transferencia será rechazada por el Banco receptor, por lo que le pedimos adjunte constancia bancaria, donde aparezcan el nombre completo, el cuil/cuil y el n° de CBU.

(2) Tener en cuenta que la cuenta debe pertenecer al proveedor, no aceptándose cuentas de terceros.

Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por El Surco Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos).

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto con la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppdnew/link "Ejerza sus derechos".

DATOS IMPOSITIVOS

Adjuntar fotocopia de todas las constancias correspondientes, con firma en original de persona autorizada:

1. Impuesto sobre los Ingresos Brutos

1.1 Inscripto (Marcar con una cruz el item que corresponda)

1.1.1. Contribuyente local

Jurisdicción _____ Numero de Inscripción _____

1.1.2. Contribuyente de Convenio Multilateral

Numero de Inscripción _____ Jurisdicciones _____

1.2 No inscripto

1.3 Sujeto Exento

1.4. ¿Posee constancia de no retención? Si No

Jurisdicción _____ Porcentaje _____

Vigencia _____ Desde _____ Hasta _____

2. Impuesto al Valor Agregado

2.1. Carácter ante el impuesto (Marcar con una cruz el item que corresponda)

Responsable Inscripto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resp. Insc. - Agente de Retención
Factura Tipo "A"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monotributista
Fac. "A" con Leyenda CBU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monotributista Social
Factura Tipo "M"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pequeño Contribuyente Eventual
Exento o No Responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pequeño Monot. Social Eventual

2.2. Régimen R.G. 17/97

2.3.1. Exclusión Total Vigencia _____ Desde _____ Hasta _____

2.3.2. Exclusión Parcial Porcentaje Vigencia _____ Desde _____ Hasta _____

3. Impuesto a las Ganancias

3.1. Inscripto

3.2. No Inscripto

3.3. Monotributista

3.4. Exento: _____ Porcentaje: _____ Vigencia _____ Desde _____ Hasta _____

Firma(bajo carácter DDJJ)

Aclaración (Indicando cargo)