

Cada vez que se produzca un cambio en los datos de tu empresa, por favor completá este formulario y envíalo por email (escaneado) a informacion@asociart.com.ar. Si lo preferís envíalo la sucursal más cercana o entregáelo a tu Productor Asesor de Seguros.

N° Póliza _____

Razón social _____

CUIT _____

CIUU (acompañar con presentación ARCA - AFIP - DGI) _____

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle: _____

Localidad: _____

CP: _____

Provincia: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

Persona a contactar para el envío de información

Nombre y Apellido: _____

Sector: _____

Cargo: _____

Teléfono Directo o Interno: _____

DOCUMENTACION QUE SE DEBERA ADJUNTAR AL PRESENTE ANEXO:

Personas Físicas:

Fotocopia del DNI del Titular Firmante

Personas Jurídicas:

Fotocopia del DNI del Titular Firmante

Fotocopia del poder que acredite la personería del firmante (copia del Contrato Social o Estatuto o Acta de Asamblea o Acta de distribución de cargos)

Fecha _____

Firma _____

Aclaración _____

Doc. Tipo y N° _____

Cargo _____