

## DATOS DE LA PERSONA FÍSICA / JURIDICA

Razón Social: \_\_\_\_\_ C.U.I.T. <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_  
Nombre de fantasía: \_\_\_\_\_ N° de Registro (Matrícula): \_\_\_\_\_

## DATOS PARA LA TRANSFERENCIA BANCARIA

C.B.U.: \_\_\_\_\_ Cuenta N°: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO FISCAL

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO COMERCIAL

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## SITUACIÓN ANTE EL IVA

Inscripto  Exento  Monotributo  
 Consumidora final  Otros: \_\_\_\_\_

## GANANCIAS

Inscripto  No Inscripto

## INGRESOS BRUTOS

Inscripto <sup>(2)</sup>  Régimen Simplificado  Exento  
 Convenio Multilateral <sup>(2,3)</sup>  Otros: \_\_\_\_\_  
N° Inscripción: \_\_\_\_\_ Jurisdicción Sede: \_\_\_\_\_

## PERCEPCIÓN DE INGRESOS BRUTOS

Ciudad Autónoma de Bs. As.  Percepción Normal  Percepción Normal  
 Exento <sup>(4)</sup>  Exento <sup>(4)</sup> Provincia de Bs. As.

## OBRA SOCIAL DE SEGUROS (OSSEG)

No Afiliado  Afiliado N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

### Adjuntar copia según corresponda:

- (1) C.U.I.T. (constancia de AFIP)
- (2) Constancia Inscripción Ingresos Brutos
- (3) Copia del último CM05
- (4) Copia de certificados de excepción o nota indicando norma y nro. Artículo.

Todos, Copia de Credencial de identificación Profesional para el Productor Asesor de Seguros (CIPAS) - frente y dorso.

**Declaro que los datos consignados son correctos y completos siendo fiel expresión de la verdad**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración y cargo

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

## DATOS DE CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

