

Cada vez que se produzca un cambio en los datos de su empresa, por favor complete este formulario y envíelo por fax al **0800-888-0095** o por email (escaneado) a **informacion@asociart.com.ar**. Si lo prefiere puede enviarlo a nuestra sucursal más cercana o entregárselo a su Productor Asesor de Seguros.

N° Póliza _____

Razón social _____

CUIT _____

CIU (acompañar con presentación 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 _____