HDI SEGUROS

FORMULARIO DE ALTA

PRODUCTORES Y ORGANIZACIONES

ORGANIZADOR

Apellido y nombre o razón social:_____

Documento de identidad (C.I./D.N.I./L.C./L.E.): _____

CUIT*: _____ E-mail*: _____

Teléfono*: _____ Celular*: _____

PRODUCTOR

Apellido y Nombre o Razón social: _____

Documento de identidad (C.I./D.N.I./L.C./L.E.): _____

Nacionalidad:_____

Fecha de nacimiento: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto:_____

Localidad:_____ Provincia:_____ Código Postal:_____

E-mail*: _____ Teléfono*:_____ Celular*:_____

DOMICILIO COMERCIAL

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia:_____ Código Postal:_____

E-mail*:_____ Teléfono*:_____ Celular*:_____

DATOS PARA INSCRIPCION

CUIT N*: _____ Matricula S.S.N. N°: _____

Servicios sociales de seguros (ISSS) N*: _____

F - ADM - PAS -1019

(*) CAMPO OBLIGATORIO
Cumplimentando lo solicitado EVITARÁ DEMORAS.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- **Bancos con los cuales opera (sucursal): _____**

  _____

- **Compañías con las cuales opera: _____**

  _____

- **Composición de su cartera y estimación de producción en HDI Seguros S.A.:**

	Porcentaje	Prima Anual
Accidentes Personales	%	
Automóviles	%	
Incendio/Integrales	%	
Transportes	%	
Vida	%	
Otros	%	
Total		

- La gestión de cobranzas de premios será realizada por:

  _____

- Se autoriza a retirar los cheques a:

  Nombre y Apellido: _____

  D.N.I: _____ Domicilio: _____

Ley 25.246, Res. VIF 50/2008 y Res. VIF 125/09. Manifiesto en carácter de Declaración Jurada, conocer el alcance de la normativa mencionada anteriormente.
Declaro bajo juramento que todos los datos y demás informaciones consignadas precedentemente son veraces y que no he omitido o falseado dato alguno que la misma pueda contener.

Lugar y Fecha:_____

F - ADM - PAS - 1019

_____	_____	_____
PRODUCTOR	ORGANIZADOR	COMERCIAL

DOCUMENTACION A PRESENTAR

A) PERSONAS JURIDICAS:

1. Constancia de Inscripción expedida por la AFIP.
2. Constancia de inscripción en Ingresos Brutos. Si es Convenio Multilateral formulario CM 01 y último CM 05 presentado.
3. Copia de boleta de pago de la Tasa Anual de la Superintendencia.
4. Inscripción en el Registro de Productores Asesores de Seguros.
5. Si es Agente de Retención en el IVA, adjuntar copia de la resolución que acredite tal condición.
6. Constancia de la Institución Bancaria en donde conste la Clave Bancaria Uniforme (C.B.U.) con identificación del titular, indispensable para el pago de comisiones.

B) PERSONAS FISICAS:

1. Constancia de inscripción o de Opción Monotributo expedida por la AFIP.
2. Constancia de inscripción en Ingresos Brutos. Si es Convenio Multilateral presentar formulario CM 01 y último CM 05 presentado.
3. Copia de boleta de pago de la Tasa Anual de la Superintendencia.
4. Inscripción en el Registro de Productores Asesores de Seguros.
5. Constancia de la Institución Bancaria en donde conste la Clave Bancaria Uniforme (CBU), con identificación del titular, indispensable para el pago de comisiones.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Usted podrá solicitar el retiro o bloqueo de sus datos de nuestra base de datos comunicándose al 5300-3450 – marketing@hdi.com.ar. Cualquier consulta no dude en comunicarse con nosotros al 0800-4444-587 de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 hs. y de 14:00 a 17:00 hs.

F - ADM - PAS - 1019