

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 \_\_\_\_\_