



Formulario Unificado de Productores & Brokers

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA DEL PAS

		S	N	N/A
1	Constancia de último pago de matrícula SSN			
2	Constancia de Inscripción de Ingresos Brutos			
3	Copia de Credencial Cipas			
4	Copia de DNI / CUIT			
5	Constancia de CBU			
6	Estatuto de Sociedad			
7	Poder General de la Sociedad			
8	Copia Constancia Inscripción ante la UIF			
9	En caso de contar con alguna exención/exclusión o excepción impositiva			

Declaro bajo juramento que la información suministrada es presentada en buena fe y me responsabilizo por su exactitud y veracidad.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

CHECKLIST PARA ADMINISTRATIVO

		S	N	N/A
1	Constancia de último pago de matrícula SSN			
2	Constancia de Inscripción de AFIP (impuestos nacionales)			
3	Constancia de Inscripción de Ingresos Brutos			
4	Copia de Credencial Cipas			
5	Copia de DNI / CUIT			
6	Constancia de CBU			
7	Estatuto de Sociedad			
8	Poder General de la Sociedad			
9	Copia Constancia Inscripción ante la UIF			
10	En caso de contar con alguna exención/exclusión o excepción impositiva			
11	Correo electrónico de comunicaciones al Productor			
12	Contrato firmado (en caso de Vida Individual)			
13	Informe comercial y crediticio			
14	Productor habilitado por SSN para ramo solicitado en Solicitud de Inscripción			

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Administrativo

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

- ☐ Alta ☐ Modificación: ☐ Identificación Tributaria (completar pág. 3) ☐ Acreditación electrónica de Comisiones - Elección de Entidad Bancaria (completar Datos Particulares y pág. 4)
☐ Convenio Comercial (completar Datos Particulares y pág. 5-9 según corresponda) ☐ Convenio de Cobranzas (completar Datos Particulares y pág. 10)

POSTULACIÓN (Indicar con una X lo que corresponda)

USTED SE POSTULA COMO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR
SMG LIFE (Vida Individual)		
SMG LIFE (Vida Colectivo)		
SMG LIFE (Retiro)		
SMG SEGUROS		
SWISS MEDICAL ART		

DATOS

Razón Social del Organizador / Broker (Indicar N/A cuando corresponda): _____

Fecha de Constitución de la Sociedad (en caso de corresponder): _____

Nombre y Apellido del Productor: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio particular: _____ Localidad: _____ Pcia: _____ C.P.: _____

Domicilio comercial: _____ Localidad: _____ Pcia: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Cel.: _____

Correo electrónico Comunicaciones: _____

Correo electrónico Emisión: _____

Correo electrónico de Gestión de Cobranzas: _____

Correo electrónico Sinistros: _____

Declaro bajo juramento que la información suministrada es presentada en buena fe y me responsabilizo por su exactitud y veracidad.

IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

CUIT N° _____ N° Matrícula SSN: _____

Condición frente a Ganancias:

- ☐ Responsable Inscripto ☐ Monotributista ☐ Exento ☐ Exclusión
 Desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Condición frente al IVA:

- ☐ Responsable Inscripto ☐ Monotributista ☐ Ag. Retención ☐ Ag. Percepción
☐ Exento ☐ Exclusión

Desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Condición en IIBB: N° Inscripción

- ☐ Local ☐ Multilateral ☐ Exento Desde ____/____/____ hasta ____/____/____
☐ Ag. Retención ☐ Ag. Percepción

Jurisdicción: _____

Condición Osseg: ☐ Persona Física ☐ Persona Jurídica ☐ Persona Física con excepción

Asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca en cualquiera de los datos aportados, dentro de los diez (10) días de ocurridos los mismos.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

ACREDITACIÓN ELECTRÓNICA DE COMISIONES – ELECCION DE LA ENTIDAD BANCARIA

Los importes correspondientes a la cancelación de la facturación conformada por SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., Swiss Medical ART S.A., SMG LIFE Seguros de Vida S.A., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro S.A. serán acreditados en su cuenta bancaria— PAYLINK / MULTIPAY, de acuerdo a los siguientes requerimientos:

1. La constancia del depósito en la cuenta del banco indicado por el Prestador/Proveedor equivaldrá al recibo y carta de pago, por los importes y los conceptos indicados en la transferencia. Independientemente de esto se deberá enviar el correspondiente recibo una vez que los fondos hayan sido acreditados en la cuenta indicada.
2. Los depósitos que se efectuaren se imputarán al pago de las facturas y/o notas de débito que SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., Swiss Medical ART S.A., SMG LIFE Seguros de Vida S.A., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro S.A. detalle y determine.
3. El titular de la cuenta bancaria donde se efectuarán los depósitos deberá ser el Prestador/Proveedor. No se procesarán aquellos pagos cuyo destino sean cuentas bancarias de terceros distintos a la orden del Prestador/Proveedor.
4. Las Sociedades SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., Swiss Medical ART S.A. cancelan sus obligaciones de pago de comisiones mediante el uso del sistema “PAYLINK”, mientras que las Sociedades SMG LIFE Seguros de Vida S.A., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro S.A. utilizan el sistema “MULTIPAY”.
5. El firmar el presente formulario, certificado por entidad bancaria, significará vuestra aceptación y conformidad con el sistema de pago “PAYLINK” y/o “MULTIPAY” según corresponda y con los términos aquí establecidos.
6. En el caso de firmar apoderados, se debe adjuntar copia del poder vigente.

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE ACREDITARÁN LAS COMISIONES

Titular de la cuenta (Nombre y Apellido / Razón Social): _____

CUIT N° _____

Banco: _____ Sucursal: _____ Tipo de cuenta: ☐ Cuenta Corriente \$

☐ Caja de ahorro en \$

N° de cuenta: _____ CBU/Alias: _____

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Titular de la Cuenta Bancaria

DATOS DEL PRESTADOR / PRODUCTOR (Sólo completar en caso de ser necesario)

Nombre y apellido o Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Pcia: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Cel.: _____

Por medio de la presente solicitamos que los pagos en los cuales resultemos beneficiarios, sean transferidos de acuerdo a la información detallada y conforme al Sistema Nacional de Pagos (Com. BCRA A2559, A 2621, A2622 y A2623).

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

CARGO DEL FIRMANTE

Por favor acompañar este formulario con copia de último resumen de cuenta

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CONVENIO COMERCIAL (SMG LIFE- VIDA INDIVIDUAL)

	NOMBRE Y APELLIDO	Nº MATRÍCULA	FIRMA Y ACLARACIÓN	% COMISIÓN VI (AMATISTA)
ORGANIZADOR				
DIRECTOR				
GERENTE				
CONSULTOR				

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración Ejecutivo de cuentas VI

Firma y Aclaración Jefe Comercial VI

Firma y Aclaración Gerente Comercial

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CONVENIO COMERCIAL (SMG LIFE- VIDA COLECTIVO)

	NOMBRE Y APELLIDO	Nº MATRÍCULA	FIRMA Y ACLARACIÓN
GRUPO			
ORGANIZADOR			
PRODUCTOR			

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CONVENIO COMERCIAL (SMG LIFE- RETIRO)

	NOMBRE Y APELLIDO	Nº MATRÍCULA	FIRMA Y ACLARACIÓN
ORGANIZADOR			
PRODUCTOR			

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración Ejecutivo de cuentas

Firma y Aclaración Jefe Comercial

Firma y Aclaración Gerente Comercial

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (SMG SEGUROS Y ART) - ORGANIZADOR

Código Asignado Productor: _____

Código Asignado Organizador: _____

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

LISTADO DE PRODUCTORES A SU CARGO

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	E-MAIL	CÓDIGO ASIGNADO

La presente lista es meramente enunciativa. Cada productor deberá solicitar el alta como tal ante SMG Seguros y/o Swiss Medical ART para obtener un código. Toda modificación de este listado (altas/bajas) deberán ser comunicadas por escrito a la Unidad de Negocios correspondiente.

Declaro bajo juramento que la información a ser suministrada la hago de buena fe y me responsabilizo por su exactitud y veracidad.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

CONVENIO COMERCIAL (SMG SEGUROS) - ORGANIZADOR

PRODUCTO	COMISIÓN		
	PRODUCTOR _____	ORGANIZADOR _____	TOTAL
Incendio/Construcción			
Transporte			
Automotores			
Motos			
Cristales			
Robo			
Riesgos Varios			
Responsabilidad Civil (Comprensiva/Construcción)			
Seguro Técnico (Equipos Electrónicos/Construcción /Montaje)			
Accidentes Personales			
Caución			
Integral de Consorcio			
Cascos			
Combinado Familiar			
Integral de Comercio			
SM Centros Ambulatorios (CAA)			
SM Clínicas (CLI)			
SM RC Profesional Colectiva Médicos (INC)			
SM RC Profesional Individual Médicos (IND)			
Todo Riesgo Operativo			
Responsabilidad Civil Profesional			
Responsabilidad Civil Patronal			

Notas: a) Modificación de la Prima: Se podrá incrementar la Prima entre 1 y 10 puntos porcentuales, y/o reducir entre 1 y 15 puntos porcentuales.

b) Grandes Riesgos o No Estandarizados: Tendrán un tratamiento uno a uno.

c) Condición de cobranza: El productor deberá rendir las cobranzas realizadas dentro de los 15 (quince) días de emitida la póliza.

d) Seguro de Caucción: En cuanto a las condiciones de pago, el producto se rige según condiciones especiales.

Observaciones: _____

Las presentes condiciones dejan sin efecto las escalas comisionarias y pautas de suscripción y aceptación de riesgos negociados con anterioridad a la firma del presente acuerdo.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración Organizador

Firma y Aclaración Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Jefe de Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Gerente Comercial

CONVENIO COMERCIAL (SMG SEGUROS) - PRODUCTOR

PRODUCTO	COMISIÓN PRODUCTOR
Incendio/Construcción	
Transporte	
Automotores	
Motos	
Cristales	
Robo	
Riesgos Varios	
Responsabilidad Civil (Comprensiva/Construcción)	
Seguro Técnico (Equipos Electrónicos/Construcción/Montaje)	
Accidentes Personales	
Caucción	
Integral de Consorcio	
Cascos	
Combinado Familiar	
Integral de Comercio	
SM Centros Ambulatorios (CAA)	
SM Clínicas (CLI)	
SM RC Profesional Colectiva Médicos (INC)	
SM RC Profesional Individual Médicos (IND)	
Todo Riesgo Operativo	
Responsabilidad Civil Profesional	
Responsabilidad Civil Patronal	

Notas: a) Modificación de la Prima: Se podrá incrementar la Prima entre 1 y 10 puntos porcentuales, y/o reducir entre 1 y 15 puntos porcentuales.

b) Grandes Riesgos o No Estandarizados: Tendrán un tratamiento uno a uno.

c) Comisión de cobranza: 2,50 % sobre Premio Cobrado, excluyendo los ramos RC Patronal, Caucción. No aplica a Tarjeta de Crédito y Pago Fácil.

d) Condición de cobranza: El productor deberá rendir las cobranzas realizadas dentro de los 15 (quince) días de emitida la póliza.

e) Seguro de Caucción: En cuanto a las condiciones de pago, el producto se rige según condiciones especiales.

Observaciones: _____

Las presentes condiciones dejan sin efecto las escalas comisionarias y pautas de suscripción y aceptación de riesgos negociados con anterioridad a la firma del presente acuerdo.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Productor

Firma y Aclaración Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Jefe de Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Gerente Comercial



CONVENIO COMERCIAL (ART) - PRODUCTOR / ORGANIZADOR

	NOMBRE Y APELLIDO	Nº MATRÍCULA	COMISIÓN	FIRMA Y ACLARACIÓN
ORGANIZADOR				
PRODUCTOR				

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

Firma y Aclaración Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Jefe de Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Gerente Comercial



CONVENIO DE COBRANZAS

Fecha: ____ / ____ / ____

Al firmar, el Productor accede a realizar la cobranza de los premios correspondientes a los seguros, en los que actúa como intermediario de SMG Compañía Argentina de Seguros S.A, mediante a un convenio de pago con las siguientes condiciones:

1. Los vencimientos de las cuotas de Agente entre el ____ y el ____ de cada mes deberán abonarse hasta el día ____ de ese mes.
2. Los vencimientos de las cuotas entre el día ____ y el ____ de cada mes deberán abonarse hasta el día ____ del mes siguiente, o del día hábil inmediato posterior si fuera feriado.
3. El Productor deberá realizar la gestión de cobranza y rendición de premios conforme lo dispuesto y a través de los medios habilitados por la Resolución N° 40.541/2017 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y las Resoluciones 429/00 y 407/01 del Ministerio de Economía y/o cualquier resolución que en un futuro las modifique y/o reemplace.

En caso de cheques diferidos se aceptarán conforme los convenios acordados.

Firma y Aclaración Productor Asesor

Firma y Aclaración Ejecutivo de Cuenta

Firma y Aclaración Jefe de Ejecutivo de Cuenta

NOTIFICACIÓN AL PRODUCTOR

_____, productor asesor de seguros con Matrícula habilitada por la SSN N° _____, ante SMG declaro bajo juramento:

- Que me encuentro inscripto como productor asesor de seguros en el marco de la Ley 22.400, en el registro de productores asesores de seguros ante la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- Que mi matrícula de productor asesor de seguros se encuentra plenamente vigente.
- Que no me encuentro suspendido ni inhabilitado para actuar como productor asesor de seguros en el marco de la Ley 22.400 y que cumpla con todos los requisitos exigidos tanto por la normativa vigente como por la Superintendencia de Seguros de la Nación para desempeñarme en tal carácter.
- Que desempeñaré mis funciones conforme a las disposiciones legales vigentes y a los principios técnicos aplicables a la operación en la cual formare parte y a actuar con diligencia y buena fe, dando estricto cumplimiento a las obligaciones impuestas por el artículo 10° de la ley N° 22.400 y demás normativa vigente.
- Que el asesoramiento debido en mi carácter de productor asesor al asegurable, tomador, asegurado y beneficiario, es de mi exclusiva responsabilidad y en tal sentido SMG no tiene responsabilidad alguna por dicho asesoramiento en tanto que actúo como un profesional independiente y he recibido de las autoridades correspondientes la habilitación para actuar en tal carácter.
- Que al desempeñarme como un profesional independiente de SMG soy y seré el único responsable del debido cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones relativas a mis trabajadores, empleados y agentes, inclusive las relativas al cumplimiento de las cargas sociales, normas de seguridad e higiene del trabajo y cualesquiera otras, presentes o futuras, vinculados al ámbito laboral o a la persona de sus dependientes. Expresamente declaro que no existe ninguna relación laboral, de prestación de servicios o de ninguna otra clase entre SMG y el personal a mi cargo, de cualquier jerarquía que éste sea y cualquiera sea la función que desempeñe. En consecuencia, toda contingencia de índole laboral, previsional o de seguridad social de cualquier tipo que por cualquier causa derive de la contratación de personal por mi parte será soportada exclusivamente por mi persona. En tal sentido, me obligo a mantener indemne a SMG, a sus controladas, controlantes y a otras personas sujetas a control común y a los representantes, funcionarios, directores, empleados y asesores de dichas personas de cualquier reclamo, judicial o extrajudicial, que cualquier persona contratada por mí, sean o no dependientes, y/o las autoridades fiscales, previsionales o de seguridad social realicen en razón de dichas contrataciones.

g. Que he sido informado por SMG y acepto de plena conformidad que:

PRIMERO: que en todos los casos será condición necesaria para el pago de cualquier comisión por mis tareas de productor asesor de seguros, la plena vigencia de las condiciones expuestas en los puntos a, b, c y d de la presente, y la presentación ante SMG, con 15 días de antelación, de mis facturas de comisiones, documentación impositiva y bancaria, en debida forma.

SEGUNDA: que si por cualquier motivo fuera suspendido o inhabilitado por la Superintendencia de Seguros de la Nación u otra autoridad competente para el ejercicio de la actividad como productor asesor de seguros, perderé el derecho a cobrar de SMG respecto de las comisiones aplicables sobre cualquier prima devengada con posterioridad a dicha suspensión y/o inhabilitación, salvo que cuente con la autorización expresa de la SSN a percibir comisiones correspondientes a pólizas comercializadas con anterioridad a la inhabilitación mencionada.

TERCERA: que SMG podrá exigirme en cualquier momento y en todas las oportunidades que lo considere necesario, la acreditación de las condiciones exigidas en los puntos a, b y c de la presente, en cuyo caso me obligo a presentar las constancias necesarias a tal fin en un plazo máximo de 15 días hábiles, bajo apercibimiento de perder mi derecho a cobrar las comisiones que se encontraran pendientes.

CUARTA: que lo aquí expuesto resulta aplicable aún a comisiones derivadas de operaciones de seguro concertadas con anterioridad a la suscripción de la presente.

QUINTA: que a todos los fines de mi relación con SMG, constituyo domicilio en _____, donde serán válidas todas las comunicaciones que SMG o sus continuadoras me dirijan.

Por el término "SMG" se entenderá: SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A.

Lugar y Fecha: _____

A NUESTROS PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS (PAS)

En SMG contamos con un sector especializado en “Prevención de Fraude”, dedicado a detectar indicios de Fraude, a prevenir y a concientizar sobre sus consecuencias. En tal sentido, contamos con Manuales de Política y Procedimiento de Prevención de Fraude (Emisión y gestión de Siniestros).

Teniendo en cuenta la Resolución n° 38.477 de la Superintendencia de Seguros de la Nación de fecha 23-07-2014, el Fraude puede ser perpetrado por personal de la compañía o externos, y lo definimos como... **“toda acción contraria a la verdad y a la buena fe, llevada a cabo con la finalidad de obtener un beneficio que no corresponde”**.

Por lo dicho le solicitamos cumplir con el “DECÁLOGO DE DESAFÍOS ÉTICOS” basado en las buenas prácticas del negocio publicado en la citada resolución Art. 4° Pto. B Anexo I, el cual SMG adhiere en su totalidad.

ACCIONES SUGERIDAS DE DISUASION, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

Es importante destacar que ante una maniobra de fraude el Productor puede encontrarse implicado en forma involuntaria (engañado por un asegurado o tomador), o voluntaria, por lo tanto es necesario actuar conjuntamente para evitar y prevenir acciones fraudulentas.

Teniendo en cuenta nuestro especial interés en combatir el Fraude y tal como lo solicita la mencionada resolución en el Artículo 3° “F” sugerimos que:

- **Al momento de la contratación del seguro:**

- Efectúen estricto control de la persona, interés o bien asegurable de acuerdo a las pautas de suscripción de la Cía.
- Los Asegurados deben estar advertidos respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.
- Si bien está permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades.

- **Al solicitar Endosos:**

- Consideren especialmente aquellos casos en los que el asegurado o tomador requieran aumentos de sumas aseguradas y / o inclusión de otros bienes a las pólizas vigentes.

- **Al denunciar un siniestro asesoren al asegurado, tomador o beneficiario para que:**

- Realice la denuncia correspondiente, sin tergiversar las circunstancias y hechos al momento del siniestro, destacando la importancia de formalizar la presentación con su firma.
- No suscriban formularios de denuncias en blanco.
- No deben aportar pruebas falsas, exagerar el daño producido a los bienes, ni provocar deliberadamente un siniestro con el fin de obtener un beneficio financiero o económico que no corresponde.
- No adquieran autopartes o repuestos de dudosa procedencia.

El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, sin comprender la gravedad que conlleva.

En caso de haber tomado conocimiento sobre un posible Fraude o una conducta irregular, tanto del personal de la compañía, como así también de asegurados, colegas, profesionales vinculados con la actividad, terceros, etc., te solicitamos nos envíes tu denuncia a prevenciondefraude@swissmedical.com.ar o al 0800-999-0986.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Productor / Organizador

HABEAS DATA

Todos los datos personales consignados en el presente Legajo, son necesarios para la aceptación de su inscripción y el mantenimiento de la relación contractual. Tanto éstos, como los que se provean durante su relación con SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A., serán incorporados a la base de datos de las Unidades de Negocios para su tratamiento automatizado, para ejercer los derechos y cumplir obligaciones, para el envío de publicidad y ofertas sobre productos propios o de sus empresas controlantes, controladas o vinculadas, que conforman Swiss Medical Group. La suscripción de la presente solicitud de inscripción importará autorizar a SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A. a utilizar los datos personales de la manera descripta precedentemente.

Por último, se deja constancia que el oferente tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326).

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

En virtud de la presente solicitud las partes pueden tener acceso a información confidencial de la contraparte. Ambas partes se obligan, recíprocamente a no utilizar los datos, informaciones o cualquier otro tipo de conocimiento de la otra parte al que hubiera tenido acceso como consecuencia del presente, con otra finalidad que la del objeto de la presente solicitud.

Cualquier información intercambiada, de propiedad de la otra parte, reviste el carácter de “altamente confidencial”, y ambas partes tomarán las medidas adecuadas para el estricto cumplimiento de esta obligación por todo el personal que tenga acceso a la misma. Dichas medidas deberán garantizar que sólo la dirección de las empresas, el personal debidamente autorizado y/o organismos reguladores con solicitud formal, podrán tener acceso a los mismos.

El incumplimiento de esta cláusula de confidencialidad, facultará a la otra parte a dar por terminada la relación comercial que los une y a exigir a la que incumplió los daños y perjuicios a que hubiere lugar.

A la fecha de finalización de la relación comercial, las partes se comprometen a restituir toda la documentación de la contraparte que tuvieran en su poder en ese momento, subsistiendo sin perjuicio de esto la obligación de confidencialidad por un período de tres años a contar desde la fecha de finalización de la relación comercial.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (UIF)

En relación a la Resolución UIF N° 202/2015 y modificatoria 104/2016 y cualquier otra que en el futuro las complementen y/o modifiquen, emitidas por la Unidad de Información Financiera (Organismo de Control y Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo) conforme el Capítulo I, art. 2°, inc. a), punto 2 y Capítulo II. Art. 3°, me comprometo a cumplir con las disposiciones allí mencionadas. Las mismas refieren a los deberes y obligaciones que hacen a la obtención y presentación de la información y/o documentación relativa a la identificación de los clientes, prevista en el Capítulo IV de la citada Resolución, a suministrar a la aseguradora, dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la emisión de la póliza.

En caso de ser titular de una organización de productores, me comprometo a hacer cumplir los mismos deberes y obligaciones que me son exigibles a todo mi equipo por las mencionadas disposiciones.

Declaro bajo juramento que la información de los clientes propuestos a ser suministrada la hago de buena fe y me responsabilizo por su exactitud y veracidad.

MARCAS

En el caso de utilización de las marcas de SMG, las cuales son de propiedad exclusiva de y permanecerán en cabeza de SMG durante todo el plazo de duración de la relación comercial con el productor, en web o redes sociales propias, folletería del productor / organizador, cartelera y cualquier otro medio de comunicación, se deberá solicitar revisión de las aplicaciones de marca a través del Departamento de Marketing de SMG Seguros, SMG LIFE y SMG ART, y sólo se podrán utilizar previa recepción de autorización formal por vía digital o carta firmada por parte de SMG.

MISCELANEAS

Ante cualquier divergencia, controversia o disputa que se suscite entre SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A y el productor en función de la relación comercial que los une y/o de lo estipulado en la presente solicitud, su existencia, validez, calificación, interpretación, alcance, cumplimiento o ejecución, la ley aplicable será la Ley vigente en la República Argentina y se resolverá definitivamente por los Tribunales Ordinarios en lo Comercial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con exclusión de toda otra jurisdicción que eventualmente les pudiera corresponder.

Lo estipulado en la presente Solicitud, podrá ser modificado unilateralmente por SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A, y será comunicado al Productor mediante carta y/o mail a la casilla de correo declarada en la cía.

El Productor en ningún caso puede arrogarse la representación de SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A ni la del asegurable, tomador o asegurado.

La relación comercial entre el productor y SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., SMG LIFE Seguros de Vida SA., SMG LIFE Compañía de Seguros de Retiro SA. y Swiss Medical ART S.A no implica ni exige condición de exclusividad del productor respecto de SMG, ni de esta respecto del Productor.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Productor / Organizador