

SOLICITUD DE CONTRATO

TIPO DE OPERACIÓN: ☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación

DATOS PARTICULARES

Apellido y Nombres:
 Fecha de Nacimiento:/...../..... DNI: Nacionalidad:
Domicilio. Calle: N°: Piso: Dpto.: C.P.:
 Localidad: Provincia:
 Tel. Fijo: Celular: E-mail:

DATOS COMERCIALES

Razón Social:
Domicilio. Calle: N°: Piso: Dpto.: C.P.:
 Localidad: Provincia:
 Tel. Fijo: Celular: E-mail:

Enviar correspondencia a: ☐ Dom. Comercial ☐ Dom. Particular ☐ Retira en Cía.

S.A. completar los datos de presidente, vicepresidente y directores titulares. / S.R.L. completar los datos de los socios gerentes.

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento

ESTRUCTURA COMERCIAL

ORGANIZACIÓN:
 DIRECTOR: MATRÍCULA: NIVEL:
 GERENTE: MATRÍCULA: NIVEL:
 CONSULTOR: MATRÍCULA:

¿Ha recibido sanciones de la S.S.N.?:
 (En caso afirmativo por favor indicar fecha y motivo)

.....

¿Ha sido inhabilitado para operar con entidades financieras por el B.C.R.A.?
 (En caso afirmativo por favor indicar fecha y motivo)

.....

ASPECTOS IMPOSITIVOS

Nº de C.U.I.T.: - -
(Adjuntar formulario)

Condición frente al I.V.A.:

☐ Responsable Inscripto ☐ No Responsable ☐ Exento
☐ Resp. No Inscripto ☐ Monotributo ☐ Cons. Final

¿Es Agente de Retención en el Impuesto a las Ganancias?: ☐ Sí (*) ☐ No

(*) Si es Agente de Retención y está exento de las mismas, deberá presentar una carta detallando la fecha y el número de Publicación en el Boletín Oficial de la misma.

Nº de Ingresos Brutos: **Convenio Multilateral:** ☐ Sí ☐ No
(Adjuntar formulario)

Nº de OSSEG: **Nº de Matrícula de S.S.N.:**

SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1) Fotocopia de la 1º y 2º hoja del documento de identidad.
- 2) Fotocopia del último recibo de pago de matrícula de S.S.N.
- 3) Constancia de AFIP de Nº de C.U.I.T.
- 4) Inscripción de Ingresos Brutos/Convenio Multilateral.
- 5) Formulario de Multipay.
- 6) Fotocopia de encabezado de extracto bancario con Nombre y Apellido del titular, Nº Cuenta y Nº CBU.

COMISIONES: CATEGORÍA

	Porcentaje de Comisiones por año de Vigencia de Póliza										
	1º Año	2º Año	3º Año	4º Año	5º Año	6º Año	7º Año	8º Año	9º Año	10º Año	Excedente 1º a 5º año
Amatista											
Life Planning											
A.P. Global											N/A
Zafiro 1 a 5 años						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Zafiro 6 a 20 años											N/A

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Aclaración del
Productor Solicitante

.....
Firma y Aclaración del
Director de Agencia

.....
Responsable Comercial
Vida Individual

.....
Sub-Gerente Canal
Productores & Brokers

ADHESION AL SISTEMA DE PAGOS MULTIPAY® (BANKBOSTON)

Buenos Aires, de de 2011

Sres.
SMG LIFE Seguros de Vida S.A.
Presente

At. Tesorería

Por medio de la presente solicitamos que los pagos a los cuales resultemos beneficiarios de SMG LIFE Seguros de Vida S.A. sean transferidos de acuerdo a la información que detallamos, correspondiente al Sistema Nacional de Pagos reglamentado por Comunic. del BCRA: A2559, A2621, A2622 y A2623.

APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA*:

BANCO Y SUCURSAL (NUMERO Y NOMBRE):

C.B.U. (CLAVE BANCARIA UNICA)

NUMERO DE CUENTA:

TIPO DE CUENTA:

☐ CUENTA CORRIENTE EN PESOS ☐ CAJA DE AHORRO EN PESOS

(*) Se deberá adjuntar copia del encabezado del extracto bancario donde se verifican los datos del titular de la cuenta especificada. SIN ESTE COMPROBANTE NO PODREMOS DAR CURSO A SU INCLUSION DENTRO DE ESTE SISTEMA DE PAGOS.

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI