

**NRO****POLIZA**

Cod. Productor

Medio de Pago  
Boleta Débito Automático

Moneda

**VIGENCIA**

Desde el \_\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_\_

El campo de vigencia no puede quedar en blanco. Debe ser completado en forma obligatoria. La fecha de inicio de vigencia no debe ser anterior a la fecha de suscripción de la presente solicitud de afiliación.

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Nombre o razón social

CLIENTE NÚMERO

C.U.I.T. N°

Cantidad de establecimientos

Forma jurídica

Condición ante la A.F.I.P.

Actividad principal

Fecha de inicio de actividad

CÓDIGO DE ACTIVIDAD según formulario A.F.I.P. N° 150 (Resolución A.F.I.P. N° 485/99)

C.I.I.U.

Descripción

**DOMICILIO CONSTITUIDO**

Calle

N°

Piso

Oficina

Localidad

Provincia

Código Postal Argentino

E-mail

Teléfono

**ACTIVIDAD DE LA EMPRESA**

AGROPECUARIA (Agrícola ganadera)

☐

INDUSTRIAL (Energía, metalúrgica, alimento, textil)

☐

FINANCIERA

☐

COMERCIAL

☐

SERVICIOS

☐

OTRAS

CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS

**SUMA ASEGURADA**

250.000	
500.000	
1.000.000	

**VALOR COTIZADO RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL**

Alicuota variable	Cuota inicial resultante

**DATOS DE LA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO**

Provincia A.R.T. S.A.

Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. N°: 30-68825409-0

Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - CABA

Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888

[www.provinciart.com.ar](http://www.provinciart.com.ar) - [info@proviart.com.ar](mailto:info@proviart.com.ar)

Observaciones

Acepto recepción de póliza via e-mail a:

Lugar y fecha de suscripción

Firma del Productor

Firma empleador