
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

A/A

REGISTRO DE PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS:

MATRICULA Nº _____

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el objeto de comunicarle mi/s domicilio/s y otros datos que informo a continuación.

DOMICILIO REAL:

Calle y Nº: _____ (C.P.): _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Nº: _____ Correo electrónico: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO:

Calle y Nº: _____ (C.P.): _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Nº: _____ Correo electrónico: _____

DATOS FISCALES:

Responsabilidad ante el I.V.A

Resp. Inscripto

Monotributista

Exento

No Inscripto en IVA

Numero de C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I.: _____

Firma

Aclaración

Tipo y Nº de Documento