

Modificación de datos

Cada vez que se produzca un cambio en los datos de su empresa, por favor complete este formulario y envíelo por mail a artafiliaciones@smg.com.ar, personalmente en nuestras oficinas o por medio de su Productor Asesor de Seguros.

IMPORTANTE: El formulario debe ser completado en su totalidad. Indique con una X el campo que se ha modificado.

N° Contrato _____

CUIT _____

Razón Social _____

CIU (acompañar con presentación AFIP) _____

Descripción Actividad Real: _____

Domicilio legal

Calle _____

Localidad _____

CP _____

Provincia _____

Telefono _____

Fax _____

Email _____

Persona a contactar para el envío de información _____

Fecha ____ / ____ / ____

Firma _____

Aclaración _____

Doc. Tipo y N° _____

Cargo _____