



RAZÓN SOCIAL		TIPO / NÚM. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO		CÓDIGO COMPAÑÍA	
DATOS PARA SOCIEDADES						USO COMPAÑÍA	
TIEMPO DE SOCIEDAD	NÚMERO	TOMO	FOLIO	FECHA DE INSCRIPCIÓN		FECHA DE INGRESO	
INSCRIPCIONES FISCALES							
POSICIÓN FISCAL	CUIT	CATEGORÍA IIBB		NÚMERO IIBB		IIBB RÉGIMEN ESPECIAL	S/N
		<i>PRODUCTORES</i>					<input type="text"/>
POSICIÓN GANANCIAS	SELLADOS	MATRÍCULA SSN				IIBB CONVENIO MULTILAT.	S/N
							<input type="text"/>
DOMICILIO COMERCIAL							
CALLE		NÚMERO	PISO	DEPTO	CPO / MZA	CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO LÍNEA		TELÉFONO CELULAR	
E-MAIL							
DOMICILIO PARTICULAR							
CALLE		NÚMERO	PISO	DEPTO	CPO / MZA	CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO LÍNEA		TELÉFONO CELULAR	
DATOS COMPLEMENTARIOS							
OFICINAS	CANT. SOCIOS	EMPLEADOS	SUCURSALES	ANTIGÜEDAD EN AÑOS EN EL MERCADO			
DATOS BANCARIOS							
TITULAR		BANCO	TIPO CUENTA	NÚMERO CUENTA		CBU	
USO COMPAÑÍA							
CÓD. Y NOMBRE ORGANIZADOR			CÓDIGO Y NOMBRE GRUPO ORGANIZADOR				
CÓD. Y NOMBRE UNIDAD NEGOCIOS			CÓDIGO Y NOMBRE GRUPO ORGANIZADOR				
V° B°	CONTROL	INGRESO DE DATOS		VERIFICO		AUTORIZO	

Documentación requerida:

- Constancia de inscripción vigente, ante la Unidad de Información Financiera de corresponder.
- Formulario de inscripción AFIP e IIBB e Inscripción en CM, en caso de corresponder.
- Copia de credencial otorgada por la SSN

Conforme el Art. N° 40 de la Resolución UIF 126/2023 y el Artículo Nro. 10 de la Ley Nro. 22.400, me comprometo a cumplir con mi obligación de identificar y verificar la identidad de los Clientes, y remitir dicha información siempre que Testimonio Cía. de Seguros S.A. lo solicite.

Firma: _____

Aclaración: _____