**        **

1. Modificación: Indicar motivo de la modificación campo Observaciones, por IVA (Adjuntar Form. Inscripción), Domicilio/Datos (Indicar motivo/deberá adjuntar comprobante)
2. Rehabilitación: Indicar Resolución SSN y Adjunto con aprobación del Gerente del área.
3. Modificaciones y bajas: Con aprobación del Gerente del área.
4. Adjuntar copia de Credencial de Identificación Profesional para el Productor Asesor de Seguros (CIPAS)

|  |
| --- |
| **Denominación/Razón Social:**  |
| **Observaciones:**  |
| **Grupo Nº:**  | En caso de ser un grupo nuevo completar los siguientes campos | Canal nro: |
| Canal contable: |
| Sub canal contable:  |
| Segmento comercial:  |
| **Ejecutivo comercial N°:** |
| **Gestor de cobranza N°:** | ***Consultar con Cobranzas***  |
| **Ejecutivo CAP N°:** | ***Consultar con CAP*** |
| **Organizador N°:** | ***Ver consulta el sise***  |
| **Cobrador N°:**  | ***Ver consulta el sise*** |
| **Producto Nº:** **En caso de producto nuevo cargar formulario F-49-VI**  | ***Consultar en sise pantallas menú con los tipos de convenio*** |
| **Productor Nº:**  | **Completar solo en caso de Baja o modificacion** |
| **¿Tiene convenio de cobranzas? NO** **[ ]  SI** **[ ]** **Solo en caso que tenga N° Convenio Cobranzas:**  |
| **Agencia de impresión N°:** **Casillero:** *[ ]* **Bolsín:** *[ ]*  |
|  |

**Junto con el formulario deberá entregar la siguiente documentación.**

1. *Form.F49 IV Solicitud de ingreso con datos del productor [ ]*
2. *Riesgo Online. [ ]*
3. *ABM de producto (en caso de ser un producto nuevo)* [ ]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Solicitante** | **Firma** | **Aclaración** |
|  | **Ejecutivo Comercial** |  |  |
| **Fecha** | **Autorizante** | **Firma** | **Aclaración** |
|  | **Gerente Comercial** |  |  |