

Fecha: ____ / ____ / ____ Vigencia desde el: ____ / ____ / ____ .

Tipo de Póliza: Nuevo negocio Endoso a Póliza Nro: _____ Renovación a póliza Nro: _____
 Individual Colectiva CAA Clínica

Nombre del Asegurado: _____ CUIT: _____

Descripción del Riesgo/ Especialidad: _____

Ubicación del Riesgo: _____ Correo electrónico: _____

Límite por Sinistro: _____ Agregado Total: _____

Prima: _____ Premio: _____

Condición de IVA: Consumidor final Extento Monotributo Responsable Inscripto

Condición de IIBB: No inscripto Extento Inscripto N°: _____

Tipo de Persona: Jurídica Física

Forma de pago (en caso de no especificar la cobranza, la misma será realizada por medio de Pago Fácil)

	PRODUCTOR	PAGO FACIL	TARJETA DE CREDITO	CBU
Cantidad de cuotas				

EN CASO DE NUEVO NEGOCIO, O QUE LA CONDICIÓN DE IVA DEL CLIENTE SEA RESPONSABLE INSCRIPTO O MONOTRIBUTISTA, SE DEBE ADJUNTAR LA CONSTANCIA DE CUIT DEL MISMO.

Observaciones / Condiciones Particulares: _____

Organizador

Nombre y Apellido: _____ Código Cía.: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Productor

Nombre y Apellido: _____ Código Cía.: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma del Productor