# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN - PAGO ELECTRÓNICO -

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Razón Social: .....

CUIT N°:.....Contrato N°.....

Domicilio:..... …….....Localidad:.....

E-mail:.....……TE:…….....…….....

## DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

TIPO DE CUENTA (solamente en pesos) ☐ Cuenta Corriente ☐ Caja de Ahorro

SUCURSAL DEL BANCO: (N° y Nombre).....

TITULAR DE LA CUENTA: .....

CUIT TITULAR DE LA CUENTA.....

NUMERO DE CUENTA.....

**CBU** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| | | |
|---|---|---|
| ☐ ABN-AMRO BANK | ☐ BANCO DEL TUCUMÁN S.A. | ☐ STANDARD BANK S.A. |
| ☐ BANCO CIUDAD DE BUENOS AIRES | ☐ BANCO DO BRASIL S.A. | ☐ BANCO HIPOTECARIO S.A. |
| ☐ BANCO CMF S.A. | ☐ BANCO FINANSUR | ☐ BBVA BANCO FRANCÉS |
| ☐ BANCO COMAFI S.A. | ☐ BANCO GALICIA | ☐ BNP PARIBAS |
| ☐ BANCO CREDICOOP COOP. LTDO. | ☐ BANCO MUNICIPAL DE ROSARIO | ☐ CITIBANK N.A. |
| ☐ BANCO DE CÓRDOBA | ☐ BANCO INDUSTRIAL | ☐ DEUTSCHE BANK S.A. |
| ☐ BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA | ☐ BANCO ITAÚ BUEN AYRE S.A. | ☐ HSBC BANK ARGENTINA S.A. |
| ☐ BANCO DE LA PAMPA S.E.M. | ☐ BANCO MACRO | ☐ MBA BANCO DE INVERSIONES S.A. |
| ☐ BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES | ☐ BANCO MARIVA S.A. | ☐ NUEVO BANCO DEL CHACO S.A. |
| ☐ BANCO DE SAN JUAN S.A. | ☐ BANCO PATAGONIA S.A. | ☐ NUEVO BANCO BISEL |
| ☐ BANCO DE SANTA CRUZ S.A. | ☐ BANCO PROVINCIA DEL NEUQUÉN S.A. | ☐ NUEVO BANCO DE ENTRE RÍOS S.A. |
| ☐ BANCO DE SERVICIOS Y TRANSACCIONES | ☐ BANCO REGIONAL DE CUYO S.A. | ☐ NUEVO BANCO DE SANTA FE |
| ☐ BANCO DE TIERRA DEL FUEGO | ☐ SANTANDER RÍO | ☐ BANCO SANTIAGO DEL ESTERO |
| ☐ BANCO DEL CHUBUT S.A. | ☐ BANCO SUPERVIELLE | ☐ BANCO DE CORRIENTES |
| ☐ OTROS…….. | | |

## TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS

"Por medio del presente autorizo a PREVENCIÓN ART SA a efectuar el pago por alguno de los siguientes conceptos:
* servicios prestados,
*reintegro de lo abonado en concepto de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria realizado por cuenta de esa Aseguradora de Riesgos del Trabajo (Art. 8 Dec. 491/97) a los trabajadores damnificados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales,
*prestaciones dinerarias de pago mensual establecida en el Art. 14 de la ley 24.557 que me corresponde por mi Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, hasta tanto se declare el carácter definitivo de la misma, y/o por anticipos de prestaciones dinerarias correspondientes a Incapacidad Permanente Parcial Definitiva
* así como todo pago cuyo destinatario sea la empresa que represento
a través del sistema de Transferencia Electrónica de Fondos, declarando bajo juramento la existencia de la cuenta bancaria y la veracidad de los datos que proporciono respecto de la misma, liberando a PREVENCION ART SA de toda responsabilidad por los pagos efectuados a la cuenta cuyos datos figuran en el presente.-
En caso de modificaciones a los mismos, los depósitos serán exigibles en la nueva cuenta a partir de los 15 días de la recepción de la comunicación fehaciente de tal circunstancia a PREVENCION ART SA."-

## COMPENSACIÓN

*"Doy expresa conformidad para que PREVENCION ART SA proceda a compensar mis créditos originados en los conceptos precedentemente indicados, con deudas mantenidas con esa Aseguradora motivadas en la falta de pago de alícuotas aplicables al contrato de afiliación celebrado, imputándose a la cancelación parcial o total de ese concepto.-"*

**Importante**: Para considerar válido el presente formulario, debe estar firmado por el titular de la empresa.

| …… | …… | …… |
|---|---|---|
| Firma del Representante Legal/Titular | Tipo y N° de Documento | Aclaración |