

Anexo 2

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

Con el fin de abordar las actividades de puesta en marcha del proyecto de declaración e ingreso de los recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros y del sistema de información complementaria, rogamos nos facilite la información que se solicita en el presente formulario:

INTERLOCUTOR INFORMÁTICO

Indique los datos de contacto de la persona encargada del desarrollo informático con la que tratar las acciones y comunicaciones del plan de pruebas del nuevo sistema de declaración e ingreso.

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____

Email: _____

(*) Todos los datos son imprescindibles

En el caso de que sea representante autorizado de más de una entidad aseguradora, rogamos anote la información de las diferentes entidades aseguradoras.

ESTIMACIÓN DE PÓLIZAS

Para la estimación a efectos técnicos del volumen de registros y movimientos a enviar a través del sistema de información complementaria –SIR- por cada entidad a la que representa, indique el número de pólizas en el periodo de un año sobre las que aplica recargos al Consorcio de Compensación de Seguros.

CÓDIGO DGSFP	DENOMINACIÓN	ESTIMACIÓN DE PÓLIZAS ANUALES

En el caso de que sea representante autorizado de más de una entidad aseguradora, rogamos anote la información en el anexo.

Nombre y apellidos de la persona responsable del envío del formulario:

Firma:

Anexo 2

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono
Código	Denominación entidad	Estimación pólizas	
	Nombre / Apellidos interlocutor informático	E_mail	Teléfono