|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de Identificación** | | | |
| País  URU | Tipo  C.I. | Número de Documento | Apellidos y Nombres |

En mi carácter de titular de la cuenta abajo mencionado, declaro a Uds. que la misma será utilizada por mí a efectos de hacer efectivo el cobro de:  sueldo /  honorarios /  pasividades /  beneficios sociales u otras prestaciones /  remuneraciones empresas de reducida dimensión económica, de acuerdo a lo establecido en la Ley 19.210 de Inclusión Financiera y decretos reglamentarios, a percibir según el siguiente detalle:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del**  **Empleador /  Instituto de seguridad social /  Compañía de seguros** | | | | | | | | |
| País  URU | Tipo  RUT | Número de Documento | | Nombre / Denominación | | | | |
| Dirección | | | | | Localidad | | | Departamento |
| Teléfono | | | | | Correo Electrónico | | | |
| **Datos de la Cuenta** | | | | | | | | |
| Sucursal | | | Cuenta | | | Moneda | Ingresos estimados | |
| Sucursal | | | Cuenta | | | Moneda | Ingresos estimados | |

Sin perjuicio del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación relevo expresamente al Banco del Secreto Bancario (Art.25 Decreto-Ley Nº 15.322, modificativas y concordantes), lo autorizo en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales Nº 18.331, modificativas y concordantes a brindar los datos que surgen del presente formulario y de las exigencias del art.14 del Decreto 263/2015 reglamentario de la Ley de Inclusión Financiera, a mi empleador, al instituto de seguridad social correspondiente, al Banco de Seguros del Estado, a las empresas aseguradoras bajo la Ley Nº 16.713, a cualquier empresa involucrada en las transacciones electrónicas ordenadas bajo cualquier sistema de pago automático.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar y Fecha: | ................................................, ........ de ........................................ de ................. | | |  | Certificación de Firma |
| Firma: |  | | |  |  |
| Aclaración: |  | Documento: |  |  |  |

, de de .

Señor/es

Presente.

A través de la presente dejamos constancia que:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de Identificación** | | | |
| País | Tipo | Número de Documento | Apellidos y Nombres |

ha declarado que la cuenta identificada con los datos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos de la Cuenta** | | |
| Sucursal | Cuenta | Moneda |
| Sucursal | Cuenta | Moneda |

abierta en este Banco (Código 137), será en la que hará efectivo el cobro de sus remuneraciones, habiéndola declarado como cuenta para cobro de:  sueldo /  honorarios /  pasividades /  beneficios sociales u otras prestaciones /  remuneraciones empresas de reducida dimensión económica, de acuerdo a lo establecido en la Ley 19.210 de Inclusión Financiera.

Sin más saluda a Uds. atentamente