



INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500
www.institutoasegurador.com.ar

SOLICITUD DE SEGURO DE INTEGRAL DE COMERCIO

Solicito que una vez efectuada la inspección satisfactoria del riesgo, emitan una Póliza de Seguros de INTEGRAL DE COMERCIO, en base a lo requerido en la presente

Canal Nivel 1 _____ Plan _____ Canal Nivel 2 _____ Plan _____ Canal Nivel 3 _____ Plan _____ Canal Nivel 4 _____ Plan _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: _____ Fecha nacimiento: _____ D.N.I.: _____
 C.U.I.T.: _____ I.V.A. _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
 Obra Social: _____ ART: _____
 Profesión / Oficio / Industria: _____

REFERENCIAS DEL COMERCIO A ASEGURAR Y UBICACION DE RIESGO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____ Localidad: _____
 Propiedad Horizontal: _____ Propio: _____ Alquilado: _____ Superficie Cubierta: _____ m² Anexos _____
 Personal: _____ personas Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

INICIO DE VIGENCIA SOLICITADO: _____

FIN DE VIGENCIA: _____

(en seguros nuevos la vigencia en general la otorga el Instituto en forma posterior a la inspección favorable del riesgo)

Actividad (descripción Amplia): _____

Actividad Secundaria: _____

El/la que suscribe (1), _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad.

Asimismo que (2) SI / NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la nómina de funciones de "Personas Expuestas Políticamente-PEP" aprobada por la UIF (Unidad de Información Financiera), de las cuales me ha informado el Instituto y tengo a disposición en su página de Internet y que los fondos para el pago de este seguro son de origen lícito.

Además, asumo el compromiso de presentar la documentación requerida para las "PEP" e informar cualquier modificación que se produzca en este aspecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

(1) nombre y apellido completo (2) redondear SI o NO según corresponda

RIESGOS Y SUMAS A ASEGURAR

COBERTURA	MEDIDA DE LA PRESTACION	SUMA ASEGURADA pesos
Incendio Edificio	PRORRATA	
Incendio Contenido	PRORRATA	
Responsabilidad civil linderos	Primer Riesgo Absoluto	
Robo contenido general	PRA / PRR/Prorrata	
Robo bienes de uso	PRORRATA	
Robo equipos electrónicos - según detalle - (En Domicilio)	PRORRATA	
Robo equipos electrónicos - según detalle - (En tránsito República Argentina y Países Limitrofes)	PRORRATA	
Seguro técnico equipos electrónicos Accidente, Incendio y Robo - según detalle-	PRORRATA	
Seguro Técnico Equipos Electrónicos Accidente, Incendio y Robo - según detalle (En tránsito República Argentina y Países Limitrofes)	PRORRATA	
Cristales Piezas Vítreas	Primer Riesgo Absoluto	
Responsabilidad civil básica Incendio, Explosión, Caída de Objetos, Accidentes, en el interior del Comercio	Primer Riesgo Absoluto	
Responsabilidad Civil Carteles	Primer Riesgo Absoluto	



INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500
www.institutoasegurador.com.ar

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA	MEDIDA DE LA PRESTACION	SUMA ASEGURADA pesos

DETALLE DE EQUIPOS ELECTRONICOS (pc, impresora, scanner) Marque con una X si es en Domicilio (DOM) o en Tránsito (TRAN)

MARCA	MODELO	Nº de Serie	Características	SUMA ASEGURADA \$	DOM	TRAN

DETALLE BIENES DE USO

MARCA	MODELO	Nº de Serie	Características	SUMA ASEGURADA \$

INFORMAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Cantidad de matafuegos: _____ Extintores Automáticos _____ Alarma de humo o fuego con monitoreo externo _____

PREVENCIÓN DE ROBOS

Llave doble paleta en todos los accesos _____ Rejas en ventanas a la calle o espacios abiertos _____ Medianeras de más de 1,80 mt _____

Cortinas metálicas _____ Cortinas metálicas con anclaje _____ Rejas con candados _____

Personal de vigilancia _____ Alarma con monitoreo externo _____ Alarma con monitoreo externo con backup celular _____

PROPONGO al INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA.. ARGENTINA DE SEGUROS S.A. la emisión de una Póliza de Seguro de INTEGRAL DE COMERCIO sobre la base de las declaraciones transcritas, dejando constancia que todas las construcciones y sus techos son íntegramente de material y cuentan con las medidas de seguridad requeridas en el contrato de seguro, dando a la presente carácter de DECLARACION JURADA, en conocimiento de los términos de las Condiciones Generales de Póliza aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación y la Ley de Seguros Nº 17.418, todas las cuales conozco y acepto y en particular lo estipulado por el Art. 5 de la mencionada ley que establece: "Toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro".

Lugar y Fecha: _____

SOLICITANTE Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

PROMOTOR Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

AUTORIZACION DE DESCUENTO DE CUOTA POR LAS TARJETAS MASTERCARD / VISA / NATIVA

El que suscribe, titular de la Tarjeta de Crédito **MARCAR LA QUE CORRESPONDE** . Número: _____ con vencimiento _____ autorizo a que las cuotas mensuales correspondientes a la contratación de la Póliza _____ y las de sus endosos y renovaciones, emitidas por INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS S.A. sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de mi tarjeta citada precedentemente hasta la cancelación total de los saldos adeudados.

TITULAR DE LA TARJETA Nombre y Apellido _____ DNI _____ Firma: _____