



SOLICITUD DE SEGURO DE INTEGRAL DE COMERCIO

Nº Solicitud

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

Nº

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:

SEGUROGYM

(Marcar lo que corresponda)

RIESGOS Y COBERTURAS SOLICITADAS

A B C D E

CAPITALES A ASEGURAR

INCENDIO EDIFICIO prorrata	300000	500000	1000000	1500000	2000000
INCENDIO CONTENIDO primer riesgo	10000	20000	30000	40000	50000
INCENDIO APARATOS DE GIMNASIA primer riesgo	100000	150000	200000	250000	250000
ROBO CONTENIDO GENERAL primer riesgo	10000	15000	20000	30000	30000
ROBO APARATOS DE GIMNASIA primer riesgo	10000	20000	30000	40000	50000
ROBO VALORES EN CAJA FUERE primer riesgo	1000	2000	3000	4000	5000
CRISTALES primer riesgo	1000	2000	3000	4000	5000
RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA primer riesgo	300000	400000	500000	500000	500000
con adicionales Incendio + Carteles + Ascensores primer riesgo					
Doce Cuotas De	\$ 224,32	\$ 347,39	\$ 480,31	\$ 591.80	\$ 663.50
pagadero con tarjeta de crédito o descuento de CBU					

INFORMAR MEDIDAS DE PREVENCION

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



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

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

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 N° 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 / AMERICAN EXPRESS / CABAL / VISA NARANJA

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.

CBU N°

BANCO

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