



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 RESPONSABILIDAD CIVIL

Solicito que una vez efectuada la inspección satisfactoria del riesgo, emitan una Póliza de Seguros de RESPONSABILIDAD CIVIL, 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 / OFICINA / EMPRENDIMIENTO A ASEGURAR Y UBICACION DE RIESGO EN EL QUE SE LO ASEGURA

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
Responsabilidad Civil Básica	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Comprensiva exclusiva para la ubicación de riesgo	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Básica Incendio, Explosión, Caída de objetos, Accidentes en Interior del comercio	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Carteles	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Ascensores	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Alimentos	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Pileta de Natación	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Linderos	A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	
RC Construcciones / Demolición	A 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

ASEGURADOS ADICIONALES

Nombre y Apellido o Razón Social	CUIT	En caracter de

DESCRIPCION ADICIONAL DEL RIESGO

INFORMAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN DE INCENDIOS

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

OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

PROPONGO al **INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS S.A.** la emisión de una Póliza de Seguro de RESPONSABILIDAD CIVIL 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 **DECLARACIÓN 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

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: _____