



JUANA MANSO 205
C1107CBE CIUDAD AUTÓNIMA
DE BUENOS AIRES
T.E.: 11-4320-6700/9400

SOLICITUD DE SEGURO

ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

SELLO DE ENTRADA DE LA COMPAÑÍA

DATOS DE LA SOLICITUD

Vigencia: Desde _____ (12h) Hasta _____ (12h) Seguro nuevo Renovación Póliza N° _____

Oficina Comercial _____ Responsable _____

Organizador _____ Código _____

Productor _____ Código _____

Gestor _____ Promotor _____

DATOS DEL TOMADOR

Tipo de Doc. (DNI/CI/CUIT/CUIL/CDI) _____ N° _____ (Para CUIT adjuntar copia del formulario de inscripción)

Apellido/Razón Social _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Tipo de Beneficiario: Empresa Persona Física

Posición frente al IVA: Responsable Inscripto Gran Contribuyente Responsable No Inscripto

Tierra del Fuego Mono Tributo Exento Consumidor Final

Domicilio Correspondencia _____ Localidad _____ Código Postal _____

DATOS DEL ASEGURADO (Sólo si difiere de los del Tomador)

Tipo de Doc. (LC/LE/DNI/CI/CUIT/CUIL/CDI) _____ N° _____ (Para CUIT adjuntar copia del formulario de inscripción)

Apellido/Razón Social _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

BENEFICIARIO

1 Empresa 2 Persona Física 3 Emp. Cía.

MEDIO DE PAGO TARJETA DE CTO. DTO. CTA. En ambos casos completar Solicitud correspondiente EFECTIVO

MONEDA Pesos Otra

DATOS DEL RIESGO

Calle _____ Teléfono _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Acreeedor Hipotecario Nombre _____ Dirección _____ Suma _____

Acreeedor Prendario Nombre _____ Dirección _____ Suma _____

Actividad _____



JUANA MANSO 205
C1107CBE CIUDAD AUTÓNIMA
DE BUENOS AIRES
T.E.: 11-4320-6700/9400

SOLICITUD DE SEGURO

ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

SELLO DE ENTRADA DE LA COMPAÑÍA

Descripción de todas las actividades

DECLARACIÓN EXPERIENCIA SINIESTRAL ANTERIOR

Siniestros en los últimos años Sí No

Fecha de ocurrencia _____ Cobertura afectada _____

Compañía Aseguradora _____ Monto Indemnizado _____

DESCRIPCIÓN DEL HECHO

COTIZACIÓN

RIESGOS CUBIERTOS	SUMAS ASEGURADAS	Prima Total	
COBERTURA BÁSICA		Recargos Administrativos	
Incendio edificio		Recargos Financieros	
Responsabilidad Civil		Derechos de Emisión	
RIESGOS OPCIONALES		Bonificación	
Incendio contenido		Comisión Total	
Robo contenido		IVA %	
Accidentes personales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Premio Total	
Responsabilidad Civil por guarda de vehículos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Preparó: _____ Cargó: _____ Fecha de Emisión: _____

INSPECCIÓN PREVIA

Inspector: _____ Autorizado por: _____

Fecha _____ Horario: Desde _____ Hasta _____

Contactar con: _____ Teléfono _____

Firma Productor _____ Aclaración _____

Firma Asegurado _____ Aclaración _____