



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

**SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO**

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

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. xx Otros

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

MONEDA Pesos Otra

DATOS DEL RIESGO

Calle _____ Teléfono _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Acreedor Hipotecario Nombre _____ Dirección _____ Suma _____



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

**SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO**

SELLO DE ENTRADA DE LA COMPAÑÍA

COTIZACIÓN

RUBRO		SUMA		TASA		PRIMA		COBERTURAS ADICIONALES				
Ince ndio	Edificio							H.V.C.T	Sí		No	
	Contenido							Granizo	Sí		No	
	Mercaderías							Incendio por terremoto	Sí		No	
	Instalaciones							Daños Mat por terremoto	Sí		No	
	RC Linderos							REBAJA POR NÚMERO DE LOCALES		%		
	R. Escombros							MODALIDAD DE COBERTURAS (marcar con x)				
			SUMA		TASA		SUMA					
	Gastos extraordinarios							Primer Riesgo Absoluto	Proporcional			
Rob o	Contenido General											
	Mercaderías											
	Bienes de Uso											
	Valores en Caja											
	S. y Jornales + Estadía											
	Giro Comercial											
	Todo Riesgo Oficina											
Cristales	Comunes							COBERTURAS ADICIONALES				
	Blindex											
Daños por agua	Contenido							Agua proveniente del exterior	Sí		No	
RC Comprensiva			SUMA				PRIMA	Servicio de Alimentos	Sí		No	
								Vendedores Ambulantes	Sí		No	
								Carga y Descarga	Sí		No	
								Armas de Fuego	Sí		No	
Textos Catalogados												
Prima Total												
Recargos Administrativos												
Recargos Financieros												
Derechos de Emisión												
Bonificación												
Comisión Total												
IVA %												
Premio Total												

Preparó: _____ Cargó: _____ Fecha de Emisión: _____

INSPECCIÓN PREVIA

Inspector: _____ Autorizado por: _____

Fecha: _____ Horario: Desde _____ Hasta _____

Contactar con: _____ Teléfono: _____

Firma Productor: _____ Aclaración: _____

Firma Asegurado: _____ Aclaración: _____

RESULTADO DE LA INSPECCIÓN