



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

SOLICITUD DE SEGURO CONSORCIO

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 _____
Tipo de Beneficiario: Empresa Persona Física

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

DATOS DEL RIESGO

Calle _____ Teléfono _____
Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
Acreedor Hipotecario Nombre _____ Dirección _____ Suma _____
Acreedor Prendario Nombre _____ Dirección _____ Suma _____

