

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE DE MERCADERÍAS



Cliente:	Agencia:	Solicitud:	Póliza:
Vigencia Desde:		Vigencia Hasta:	
TOMADOR:			CUIT/DNI:
Profesión o Actividad:		Situación IVA:	
Domicilio:			C.P.:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono:		E-mail: *	
ASEGURADO:			CUIT/DNI:
Profesión o Actividad:		Situación IVA:	
Fecha de Nacimiento:			
Domicilio:			C.P.:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono:		E-mail: *	
Beneficiario/a:			

Ocupación o Actividad	Subsección	Código Riesgo	Provincia	Nivel	Suma Asegurada
Tipo de Mercadería a Transportar:					
COBERTURA SOLICITADA:	Básica:	Robo:	Otros:		
POR PERÍODO: Tipo de vehículo:					
Camión Marca:		Dominio:		Póliza N°:	
Acoplado Marca:		Dominio:		Póliza N°:	
Desde:		Hasta:			
PÓLIZA FLOTANTE:		Tipo de vehículo:		Cant. Viajes:	
Responsabilidad Máxima por Viaje:			Suma estimada anual:		
Desde:		Hasta:			
POR VIAJE: Medio Transportador:					
Origen:		Destino:		Cantidad kms:	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Descripción del Edificio que asegura o en el que están contenidas las cosas aseguradas:

PÓLIZA POR VIAJE O POR PERÍODO - Tipo de mercadería a Transportar:	Distancia en kilómetros:	
¿Se avienen a las medidas mínimas de seguridad dispuesta para el Sector y tipo de riesgo?:		
¿El embalaje corresponde al tipo de mercadería?:	¿Tiene prevista a trasbordos durante el trayecto?:	
¿Cuántas?:	¿En depósitos privados o fiscales?:	
¿En caso de ser de importación solicita estadía en Aduana?:	¿Cuántos días?:	
¿Línea Aérea?:	¿Línea Marítima, qué buque?:	
Bandera:	Clasificación:	Antigüedad:
POR FLOTA: Tipo de vehículos (Si son varias detallar proporciones):		
Tipo de Mercaderías (Si son varias detallar proporciones):		
Ámbito de aplicación:		Responsabilidad Máxima por viaje:
Suma estimada Anual:		¿Dispone de Libros rubricados?:
¿Registro de viajes y fojas de Ruta?:		¿Contrata vehículos de Terceros?:
Otra información de interés:		

R. Fin:	IVA:	Premio:		
Productor:		Código:		
Condiciones de Pago:		Contado:	Financiado:	Recibo N°:
Importe:	Emisión:	Anual:	Mensual con cláusula de prórroga automática:	

Nota: La información solicitada en el presente formulario es muy importante. Su omisión implicará la no aceptación de la Propuesta de Seguro.

MEDIOS DE PAGO

De acuerdo a lo establecido en las resoluciones 429/2000, 90/2001 y la 407/2001 del Ministerio de Economía y la Resolución 28.268 de Superintendencia de Seguros de la Nación, los únicos sistemas habilitados para pagar los premios de los Contratos de Seguros, son los siguientes:

- **Home Banking** (el código link figura en las chequeras o cupones de pago). Las 24 horas, todos los días del año, con sólo tener una cuenta en alguna entidad adherida a Red Link, se podrá abonar desde cualquier Cajero Link o por <http://www.linkpagos.com.ar> Utilizando el cupón-recibo de la chequera de póliza y hasta 20 días más de la fecha del segundo vencimiento que figura en la misma, en los siguientes servicios de cobranzas: **Entre Ríos Servicios - Pago Fácil - RapiPago - Mercado Pago - BERSA Banco de Entre Ríos S.A. - BICA Multipago - San Juan Servicios - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios - Corrientes Servicios.**
- **Débito automático por CBU.**
- **Tarjetas de Crédito** (débito automático) (1): **VISA - MASTERCARD - CABAL - NARANJA - SIDECREER.**
- **Depósito en cuenta corriente o transferencia electrónica en los siguientes Bancos** (2):

BERSA Banco de Entre Ríos S.A.:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 001 90220/5	CBU 3860001001000009022055
BANCO BBVA FRANCÉS:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 074 002589/5	CBU 0170074920000000258953
BANCO NACIÓN:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 2650 390 10228/25	CBU 0110390620039010228250
BANCO CREDICOOP:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 191 145 3515-8	CBU 1910145555014500351582
BANCO BICA:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 1160804	CBU 4260003300100011608049

(1) En estos casos se deberá firmar previamente la autorización del débito. (2) En estos casos se deberá informar a la Cía. del pago efectuado, enviando el comprobante e indicando el número de póliza por fax, e-mail o cualquier otro medio fehaciente a Tesorería y Cobranzas del IAPSER para permitir su identificación y posterior aplicación contable. Podrá enviar los comprobantes al siguiente e-mail: acobranzas@institutoseguro.com.ar

PAUTAS DE COBRANZAS: Efectivo: solo en Caja de Casa central del IAPSER. Tarjeta de Débito o Crédito (MasterCard, Cabal, Visa, Naranja, Sidecreer), en todas nuestras oficinas. Cheque, únicamente librado por el Asegurado a la orden del Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Entre Ríos.

FORMAS DE PAGO

CONTADO CUOTAS Cantidad de cuotas: _____

• DÉBITO AUTOMÁTICO POR CBU:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	CBU N° / ALIAS:
• PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO
Titular:		Tipo y N° de Documento:
Entidad Emisora de la Tarj. de Crédito:		N° de Tarjeta: - - -

Tipo de Tarjeta: **MASTERCARD** **VISA** **CABAL** **NARANJA** **SIDECREER**

Vencimiento de la Tarjeta: (Mes y Año)

En mi carácter de titular/adherente de la tarjeta arriba mencionada, manifestando mi expresa adhesión al sistema de Débito Automático, para lo cual autorizo que el monto de los premios que correspondan a los contratos de seguros emitidos por el INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO DE ENTRE RÍOS, bajo el nombre de _____ sean debitados en forma directa y automática en el resumen de cuenta la misma.

En caso de no poderse debitar el importe por algún problema relacionado con la vigencia o validez de la tarjeta, me comprometo a efectuar el pago por alguna vía ante el solo requerimiento de esta Compañía, quedando convenido expresamente que la falta de pago de los premios hará suspender en forma automática la vigencia de las coberturas a que correspondan los saldos deudores.

La adhesión al sistema de Débito Automático no implica la cancelación automática de los premios, ni novación de la deuda y la imposibilidad de efectuar débito en el resumen de la tarjeta, solo podrá ser aducida a la falta de pago, por cualquier causa no imputable ni el asegurado ni esta aseguradora.

Dejo también aclarado que la aceptación por Ustedes de esta autorización no implica la aceptación de solicitudes de cobertura, la que solo resultaran de los datos del asegurado.

Aclaración, tipo y N° de Documento	Firma del Titular

• **OTROS MEDIOS DE PAGO HABILITADOS:** No Si

Solicito cobertura de acuerdo a los datos consignados en la presente solicitud. y dejo constancia que presto conformidad a las disposiciones que contienen las Condiciones Generales de la cobertura solicitada.

Firma del Informante del I.A.P.S.E.R:

Firma Propietario Unidad

RESOLUCIÓN 3791 D.G.I. AGENTES DE INFORMACIÓN

Nombre del Asegurado (Frente a la D.G.I.)

Manifiesto conocer las Condiciones Generales y particulares de la póliza aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación que acepto en sus términos, firmado la presente solicitud en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____ .

IMPORTANTE: la información solicitada por el I.A.P.S.E.R. en el presente formulario es de suma importancia, su omisión implicará la no aceptación de la Propuesta del Seguro. El Asegurado deberá mantener actualizada la información sobre los riesgos cubiertos.

Renovación Automática de la Póliza (Obs: esta condición depende del plan comercial vigente para esta cobertura): Sí NO

LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, CUYOS DATOS SE DETALLAN UT-SUPRA, NO OBLIGAN NI IMPLICAN ACEPTACIÓN DEL RIESGO ART. 4to. DE LA LEY DE SEGUROS.

Firma Tomador/Asegurado

Firma del Productor

Aclaración

Aclaración

Tipo y Nº de Documento