

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:	
Domicilio:			C.P.:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono:		E-mail: *	
Beneficiario/a:			

Productora:	Código:		
Nombre del Consorcio/Edificio:			
Ubicación del Comercio (Calle, N°, Localidad):			
Cantidad de Pisos:	Cantidad de Departamentos:		
Posee Cocheras: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Capacidad de Vehículos:	Posee Bauleras: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:
Posee Locales Comerciales: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:		
Actividad de los locales Comerciales:			

Riesgo		Suma Asegurada
COBERTURA BÁSICA	Incendio Edificio	
	Incendio Contenido	
	Responsabilidad Civil Linderos	
	Cristales (propiedad consorcio)	
	Responsabilidad Civil Incluye: Incendio, Rayo, Explosión, Escape de Gas, Descargas Eléctricas, Uso de hasta 2 (dos) Ascensores, Instalaciones fijas destinadas a producir o utilizar vapor y/o agua caliente, Guarda de vehículos a título no oneroso.	
COBERTURA OPCIONAL	Adicional Incendio de HVCT (para edificio)	
	Adicional Incendio de Granizo (para edificio)	
	Responsabilidad Civil Carteles y/o Antenas	
	Resp. Civil Ascensores (en exceso de la Básica)	
	Robo Cámaras de Video	
	Resp. Civil Piletas de Natación	
	Otro Riesgo (indicar)	
Cobertura Adicional "Sin Cargo" Demolición de Edificio y Retiro de Escombros: suma asegurada 5% del valor del edificio.		

NOTA: La información solicitada en el presente formulario es muy importante. Su omisión implicará la no aceptación de la Propuesta de Seguro. Recordamos mantener actualizada la información sobre los riesgos cubiertos.

Información Complementaria

Descripción del Edificio que asegura:

¿Tiene sótanos o subsuelos?:	
Construcción de las paredes: ¿Están revocadas interior y exteriormente?:	¿Con qué material?:
¿De qué es el techo?:	¿Linda con terreno baldío, obra en construcción o edificio abandonado?:
Las llaves de las puertas de acceso al mismo son de:	

El edificio cuenta con rejas de protección de hierro en todos los tragaluces y cualquier abertura, con panes de vidrio que permita el ingreso al local, excepción de puertas y ventanas que den a la calle?:				
¿Tiene alarma que emita sonido hacia la calle y fuera del local?:				
¿Tiene alarma conectada con dependencias de la fuerza de seguridad?:				
¿Algún otro dispositivo de seguridad? Sensores de humo, rotura de cristales:				Tipo:
Extintores:	Cantidad:	Tipo:	Capacitación:	Red de Incendio:
Provisión de Agua: Red Pública:		Tanques (capacidad):		Reservas (capacidad):
Instalación Eléctrica:	Aérea <input type="checkbox"/>	Embutida <input type="checkbox"/>	Otra:	
Posee disyuntores:	N° serie:	Marca:	Modelo:	
¿Ha sufrido alguna vez siniestro en los bienes a cubrir?:			¿Cuándo?:	
Indicar la existencia de maquinarias y motores (clase de fuerza motriz, potencia, uso):				
ROBO: Medidas de seguridad:		Cerraduras tipo:	Ventanas: ¿Celosías o rejas?:	
Muros perimetrales:				
LINDEROS: Construcción y Ocupación ¿Hay aberturas en comunicación con los linderos?:				
Paredes Divisorias y Techos ¿Sobrepasan o son comunes con el riesgo asegurado?:				
¿Existen calderas?:	Alimentación y Depósitos:	Suministros de agua: Pública	Otras:	
Tanques Cisternas: Capacidad:	Medidas de Seguridad contra incendio: (extintores, boca de agua, etc.):			
Distancia al cuerpo de bomberos (en tiempo y cuadras):				
Control periódico de Ascensores y otras maquinarias: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Quién la realiza? (nombre y dirección de la Empresa):				
En caso de haber sufrido pérdidas por los riesgos que desea asegurar, indicar: Clase de riesgo, Cía. Aseguradora, N° de Póliza y Fecha de Siniestro:				

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 Informante (IAPSER): _____

Firma Propietario: _____

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):

<u>BERSA Banco de Entre Ríos S.A.:</u>	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 001 90220/5	CBU 3860001001000009022055
<u>BANCO BBVA FRANCÉS:</u>	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 074 002589/5	CBU 0170074920000000258953
<u>BANCO NACIÓN:</u>	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 2650 390 10228/25	CBU 0110390620039010228250
<u>BANCO CREDICOOP:</u>	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 191 145 3515-8	CBU 1910145555014500351582
<u>BANCO BICA:</u>	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 PAGOCONTADO 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 <input type="checkbox"/>	VISA <input type="checkbox"/>	CABAL <input type="checkbox"/>
		NARANJA <input type="checkbox"/>	SIDECREER <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---

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 _____.

Renovación Automática de la Póliza (Obs: esta condición depende del plan comercial vigente para esta cobertura):	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

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 del Tomador/Asegurado: _____ Aclaración: _____

Tipo y N° Doc: _____