

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONSTRUCCIONES



IAPSER
SEGUROS

| | | | |
|------------------------|----------|-----------------|---------|
| Cliente: | Agencia: | Solicitud: | Póliza: |
| Vigencia desde: | | Vigencia hasta: | |
| Solicitante: | | | CUIT: |
| Profesión o Actividad: | | Situación IVA: | |
| Domicilio: | | | C.P.: |
| Localidad: | | Provincia: | |
| Teléfono: | | E-mail: | |

Nombre de la Obra:

Ubicación (indicar calle/s y localidad):

Plazo de Ejecución:

Fecha de Inicio de la Obra:

(Obs: si la obra se encuentra iniciada, informar fecha de inicio y porcentaje ejecutado).

Mencionar brevemente tipo de tareas a realizar y adjuntar memoria descriptiva de la obra:

Cobertura:

| COBERTURA | SUMA ASEGURADA |
|--------------------------------------|----------------|
| Básica | |
| Adicional (Nombrar cuál se solicita) | |
| | |
| | |
| | |

Vigencia del Seguro: Desde el / / Hasta el / /

COASEGURADO:

| | |
|------------|------------|
| Domicilio: | Localidad: |
|------------|------------|

Medidas de Seguridad -hacia terceras personas- en la Obra:

Cantidad de Personal afectado a la obra y Horario de trabajo:

Maquinarias especiales que desarrollarán tareas:

Lindero de la Obra:

Norte: _____
Sur: _____
Este: _____
Oeste: _____

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:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- b) Entidades Financieras sometidas al régimen de la Ley N°: 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N°: 25.065.
- d) Cheques de terceros los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o tomador de la póliza.
- e) Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la Administración Federal de Ingresos Públicos y registrado ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.

● **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 45 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 - Pago Mis Cuentas.**

● **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 e-mail o cualquier otro medio fehaciente a Tesorería y Cobranzas de IAPSER SEGUROS para permitir su identificación y posterior aplicación contable.

Podrá enviar los comprobantes al siguiente e-mail: cobranzas@iapserseguros.seg.ar

Pautas de Cobranzas: Efectivo: sólo en caja de Casa Central de IAPSER Seguros. 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.

FORMAS DE PAGO

CONTADO CUOTAS Cantidad de cuotas: _____

• **DÉBITO AUTOMÁTICO POR CBU:** No Si **CBU N°/ ALIAS:** _____

• **PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO:** No Si **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, 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

DECLARACIÓN JURADA PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE Y SUJETO OBLIGADO

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI / NO me encuentro incluido/a y/o alcanzado/a dentro de la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que es de mi conocimiento. Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrido, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Declaro bajo juramento que SI / NO , me encuentro incluido/a en la categoría de SUJETO OBLIGADO, conforme lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley 25246 y modificatorias y que cumplo con las exigencias descriptas en los artículos 21 y 21 bis de la mencionada Ley y las reglamentaciones emitidas por la UIF. Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrido, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

LICITUD DE FONDO

Manifiesto en carácter de Declaración Jurada, que el origen de los fondos correspondientes a la contratación de póliza/s de seguro/s (1): _____ se relaciona con (2): _____ cuya constancia adjunto (3).

* (1) Seguros Patrimoniales, Vida o Retiro, (2) giro habitual de la actividad, otros; (3) documentación respaldatoria para flujo de fondos, o transacciones por fuera del giro habitual.

En el caso que intervenga un Intermediario (Apoderado, Representante Legal, Tutor, Curador, Garante) completar la siguiente información:

| | | | |
|--------------------|--|----------------------|------------|
| Nombre y Apellido: | | | |
| DNI N°: | | CUIL/CUIT/CDI N°: | |
| Domicilio: | | Localidad: | Provincia: |
| Teléfono: | | E-mail: | |
| Carácter Invocado: | | Código de Actividad: | |
| Observaciones: | | | |

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Dejo expresa constancia que el Asegurador podrá efectuar la entrega de la documentación relacionada con el presente seguro por los siguientes medios electrónicos:

a) Página institucional de Internet del Asegurador: [www.iapserseguros\(seg\).ar](http://www.iapserseguros(seg).ar)

b) Correo electrónico del Asegurado o Tomador: _____ . Habiendo consignado correo electrónico dejamos expresa constancia de nuestra aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarnos por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro que por la presente solicitamos.

El Asegurado o Tomador podrá solicitar en cualquier momento al Asegurador un ejemplar en original de la presente documentación.

BASE DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recolectados serán tratados por el Instituto Autárquico Provincial del Seguro (I.A.P.S.), quien se encuentra debidamente inscripto como Responsable de Base de Datos ante la Agencia de Acceso a la Información Pública, Registro de Responsable de Bases de Datos en el Legajo No: RL-2019-79254210-APN-DNPDPAIIP. Las bases de datos en las cuáles se incorporarán los datos del titular han sido debidamente registrados, considerando que la finalidad de dicha recolección es la Prestación de Servicios de Seguro, así como la gestión de usuarios para nuestros aplicativos electrónicos. Para más información sobre el tratamiento de sus datos personales, se encuentra a su disposición nuestra Política de Privacidad, así como el Manual de Tratamiento de Datos Personales.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud, en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. Para hacer ejercicio de sus derechos tenga a bien comunicarse a datospersonales@institutoseguro.com.ar o bien, acudiendo personalmente a San Martín 918, Paraná, E. Ríos. La Agencia de Acceso a la Información Pública (<https://www.argentina.gob.ar/aaip>), tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

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 _____.

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.

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

Firma

Aclaración, Tipo y N° DNI

PRODUCTOR:

Código: