



COMERCIOPLUS

SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO

TODO EL PAÍS - Excepto CABA, Bs. Aires, Rosario y Córdoba



IAPSER
SEGUROS

Productor:	Cliente N°:
POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO INTEGRAL DE COMERCIO, SOBRE LA BASE DE LOS RIESGOS Y COBERTURAS DETALLADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD.	
Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres:		
Domicilio:	Piso:	Dpto:
Localidad:	Código Postal:	Provincia:
D.N.I. N°:	Profesión o Actividad:	CUIT/CUIL:
Teléfono:	E-mail:	
Fecha de Nacimiento:	/	/
Estado Civil:		

ACREEDOR

Endoso a favor de:	Hasta \$:
Domicilio:	E-mail:

CONDICIONES VIGENTES: Desde 13/08/2025 hasta 30/09/2025

		O P C I O N E S									
RIESGO CUBIERTO			I		II		III		IV		V
		S.A.		S.A.		S.A.		S.A.		S.A.	
Incendio Edificio - Adic. HVCT		\$ 40.000.000		\$ 60.000.000		\$ 100.000.000		\$ 130.000.000		\$ 170.000.000	
Incendio Contenido - Adic. HVCT		\$ 20.000.000		\$ 40.000.000		\$ 60.000.000		\$ 90.000.000		\$ 120.000.000	
Cristales		\$ 400.000		\$ 600.000		\$ 900.000		\$ 1.300.000		\$ 1.600.000	
Robo Contenido General		\$ 1.500.000		\$ 2.000.000		\$ 2.500.000		\$ 3.500.000		\$ 4.000.000	
Robo Valores en Caja		\$ 300.000		\$ 400.000		\$ 600.000		\$ 900.000		\$ 1.200.000	
Robo Objetos Diversos (PC, Notebook)		\$ 800.000		\$ 1.600.000		\$ 2.400.000		\$ 3.200.000		\$ 4.000.000	
Responsabilidad Civil Linderos		\$ 10.000.000		\$ 15.000.000		\$ 20.000.000		\$ 35.000.000		\$ 40.000.000	
Responsabilidad Civil Comprensiva		\$ 30.000.000		\$ 30.000.000		\$ 48.000.000		\$ 48.000.000		\$ 60.000.000	
Remoción de Escombros		\$ 4.000.000		\$ 6.000.000		\$ 10.000.000		\$ 13.000.000		\$ 17.000.000	
Gastos por Demolición de Edificio		\$ 4.000.000		\$ 6.000.000		\$ 10.000.000		\$ 13.000.000		\$ 17.000.000	
		12 cuotas de		12 cuotas de		12 cuotas de		12 cuotas de		12 cuotas de	
Premio Financiado	Grupo A	\$ 12.980		\$ 17.167		\$ 25.823		\$ 33.104		\$ 41.682	
	Grupo B	\$ 17.547		\$ 23.216		\$ 34.927		\$ 44.781		\$ 56.393	
	Grupo C	\$ 23.384		\$ 30.932		\$ 46.535		\$ 59.656		\$ 75.122	

Adicionales	S. A. Módulo	☐ Grupo A 12 cuotas de	☐ Grupo B 12 cuotas de	☐ Grupo C 12 cuotas de	Cant. de Módulos
Robo Todo Riesgo (PC, Notebook) todo el país	\$ 500.000	\$ 172	\$ 232	\$ 309	
Resp. Civil Comprensiva	\$ 2.500.000	\$ 430	\$ 580	\$ 774	
Cristales	\$ 100.000	\$ 206	\$ 279	\$ 371	

NOTA: Los premios establecidos en este plan, fueron redondeados para su comercialización, pudiendo variar en centavos al momento de la emisión y al aplicar los impuestos de cada provincia.

DESCRIPCIÓN

GRUPO "A": Oficinas, Estudios de profesionales, Agencias de ventas de automotores (separada de Talleres Mecánicos), Inmobiliarias, Consultorios, Veterinarias, Bombonerías, Almacén por Menor, Queserías y/o Fiambrerías, Panaderías con elaboración, Despacho de Pan,

**COMERCIOPLUS****SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO****TODO EL PAÍS** - Excepto CABA, Bs. Aires, Rosario y Córdoba**IAPSER
SEGUROS**

Florerías (Flores Naturales, exclusivamente), Fruterías, Venta de Galletitas, Verdulerías, Carnicerías, Pollerías o Pescaderías. o similares, y en general toda actividad con Contenido no peligroso, inflamable o explosivo y sin talleres o procesos de fabricación, Vidrierías Óptica.

GRUPO "B": Artículos de limpieza, Bazar, Bebidas y Comestibles, Cafés y Bares, Fábricas de Pastas Alimenticia, Venta de Carteras, Zapatos, Cinturones y/o Similares, Confiterías, Corralones de Materiales (sin madera), Droguerías Farmacéuticas, Farmacias, Imprentas (sin impresión de plásticos), Jugueterías, Mueblerías Peluquerías, Perfumerías y Artículos de Tocador (venta al por menor), Pizzerías, Restaurantes, Artículos de Vestir, Artículos del Hogar, Artículos Sport, Boutiques y Tiendas, Pinturerías, Radiotelefonía (con repuestos y accesorios).

GRUPO "C": Alfombras (casas de ventas), Art. Plásticos, Goma y Poliéster, Colchones, Maderas, Estaciones de Servicios, Ferreterías, Librerías, Papeles Pintados, Artículos de Electricidad, Autoservicio, Supermercados o similares. Telecentros – Telecabinas. Venta de artículos Electrónicos Importados o similares.

*Marcar lo que corresponda

Actividad principal:		
Actividad secundaria:		Talleres: Si ☐ No ☐
Domicilio del Riesgo:		Piso: Departamento:
Localidad:	Cód. Postal:	Provincia:
Acreedor Hipotecario: No ☐ Si ☐ (Datos Completos)		
Metros cuadrados cubiertos del predio:		Metros cuadrados no cubiertos del predio:
Cantidad de pisos: (debe incluir todas las plantas)		
Paredes de: ☐ Ladrillo ☐ Madera ☐ Chapa ☐ Plástico ☐ Otro (detallar):		
Techos de: ☐ Losa ☐ Madera ☐ Paja ☐ Plástico ☐ Chapa ☐ Teja ☐ Otro (detallar):		
Cielorrasos de: ☐ Madera ☐ Revoque Común ☐ Yeso ☐ Metal ☐ Otro (detallar):		
Posee Instalación Eléctrica Embutida: ☐ SI ☐ NO	Posee Disyuntor: ☐ SI ☐ NO	Posee Térmicas: ☐ SI ☐ NO
Medidas de Seguridad contra Robo / Cerraduras tipo:		
Ventanas con Rejas ☐ SI ☐ NO		
Actividad de las propiedades linderas:		
Sistema de Alarma: ☐ SI ☐ NO		
¿Con monitoreo o conectada a Empresa de Seguridad?: ☐ SI ☐ NO		
Nombre de la Empresa de Seguridad:		
Cuerpo de Bomberos más cercano:		Distancia en cuadras y tiempo:
Disponibilidad de agua: ¿Red propia o pública?		
Cisternas propias SI ☐ NO ☐	Capacidad:	Distribución específica para incendio: SI ☐ NO ☐
Becas de Manguera SI ☐ NO ☐	Cantidad:	Elementos de lucha contra el fuego (sprinklers, extintores, etc.):
Detectores de humo, fuego o calor: SI ☐ NO ☐		
Servicios de guardia o serenos: SI ☐ NO ☐		

Nota: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado pueden causar la nulidad del contrato o modificar la indemnización que pueda corresponder en caso de siniestro.

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:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- Entidades Financieras sometidas al régimen de la Ley N°: 21.526.
- Tarjetas de crédito, debito o compras emitidas en el marco de la Ley N°: 25.065.
- Cheques de terceros los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o tomador de la póliza.
- 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.

**COMERCIOPLUS****SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO****TODO EL PAÍS** - Excepto CABA, Bs. Aires, Rosario y Córdoba**IAPSER
SEGUROS**

- **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):**

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 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 ☐ 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, 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.

**COMERCIOPLUS****SOLICITUD DE SEGURO
INTEGRAL DE COMERCIO****TODO EL PAÍS** - Excepto CABA, Bs. Aires, Rosario y Córdoba**IAPSER
SEGUROS****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.com.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-DNPDP#AAIP. 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