



Solicitud: _____ 14- Agencia: _____

Póliza: _____ 6- Vigencia Desde: ___ / ___ / ___ 8- Vigencia Hasta: ___ / ___ / ___

DATOS DEL ASEGURADO

*- Marcar lo que corresponda

Cliente N°: _____ 1- Tipo de persona: 1. Física 2. Jurídica

2- Situación IVA: 1. Inscripto 3. No Responsable 4. Consumidor Final 6. Exento 9. Monotributista 10. No Categorizado

CUIT: _____ 3- Tipo Doc: _____ N° de Documento: _____

5- Apellido y Nombre del Asegurado: _____

7- Estado Civil: 1. Casado 2. Soltero 3. Separado 4. Divorciado 5. Viudo 6. Otros 10- Teléfono: _____

11- Calle: _____ 12- N° Casa: _____ 13- Piso: _____ 14- Dpto/Ofic.: _____ 15- Cod Postal: _____

16- Localidad: _____ 17- Provincia: _____

16- Actividad: _____ 10- Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

27-E-mail: _____ 26- Celular: _____

ACREEDOR / TERCERO INTERESADO

*- Marcar lo que corresponda

Nombre o Razón Social: _____ CUIL/CUIT: _____

Hasta \$ o porcentaje: _____

Domicilio: _____ E-mail: _____

UBICACIÓN DEL RIESGO

Lugar: _____

DATOS DEL VEHÍCULO

*- Marcar lo que corresponda

2- Tipo: _____ 6- Dominio: _____

3- Carrocería: _____ 7- Motor N°: _____

4- Marca/ Modelo: _____ 8- Chasis N°: _____

5- Año Fabricación: _____ 9- Origen: Nacional Importado 10- Uso Vehículo: _____

11- Suma asegurada: _____ Tipo de Carga: _____

14- Nafta Gasoil Eléctrico Híbrido GNC Presentó fotocopia SI NO Otro: _____

12- Tarjeta Verde a nombre de: _____

18- Rastreo/ Alarma: 1. SI 2. NO 20- Ajuste Automático: 20% 30% Color de la unidad asegurada: _____

COBERTURAS

*- Marcar lo que corresponda

Cob. A: RC por lesiones y/o muerte de terceros transportados o no transportados y daños a cosas de terceros no transportados, incluye Condiciones Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil, Art. 68 de la Ley N° 24.449.

Cob. B: "A" + Pérdida total por Accidentes, Incendio y Robo o Hurto.

Cob. B1: "A" + Pérdida total por Incendio y Robo o Hurto excluida pérdida total por Accidente.

Cob. C: "A" + Pérdida total por Accidentes y Pérdida total y/o parcial por Incendio y Robo o Hurto.

Cob. C1: "A" + Pérdida total y/o parcial por Incendio y Robo o Hurto.

Cob. C2: Únicamente para vehículos de uso particular: "C" + Adicionales de: Reposición a 0 Km. en vehículos de hasta 1 año de antigüedad; Daños y/o Incendio parciales al amparo del Robo Total sin franquicia hasta un porcentaje de la S.A. del vehículo; Daño parcial por Granizo, con deducible; Reposición de UNA cubierta por Robo o Hurto por un solo evento; Cristales laterales y Cerraduras con límite; Luneta trasera/Parabrisas con límite; Cobertura por Baja del Vehículo sin límite. Los límites y deducibles en función de las pautas comerciales vigentes y de acuerdo a lo indicado en póliza.

Cob. C3: "C" + Adicionales de: Reposición a 0 Km. en vehículos de hasta 1 año de antigüedad; Daños y/o Incendio parciales al amparo del Robo Total sin franquicia hasta un porcentaje de la S.A. del vehículo; Daño parcial por Granizo hasta el 100% de la S. A. del vehículo, con deducible; Reposición de cubiertas por Robo o Hurto sin límites; Cristales laterales / Cerraduras con límite; Luneta trasera/Parabrisas con límite; Cobertura por Baja del Vehículo sin límite. Los límites y deducibles en función de las pautas comerciales vigentes y de acuerdo a lo indicado en póliza.

Cob. D: "A" + Pérdidas Totales y/o Parciales por Accidentes (sin franquicia) y por Incendio y Robo o Hurto (sin franquicia).

Cob. D2: "A" + Pérdidas Totales por Accidentes (sin franquicia), Pérdidas parciales por Accidentes (con franquicia fija de \$15.000) e Incendio y Robo o Hurto total y parcial sin franquicia.

Cob. D3: "A" + Pérdidas Totales por Accidentes (sin franquicia), Pérdidas parciales por Accidentes (con franquicia fija de \$30.000) e Incendio y Robo o Hurto total y parcial sin franquicia.

Cob. D4: "A" + Pérdidas Totales por Accidentes (sin franquicia), Pérdidas parciales por Accidentes (con franquicia fija de \$45.000) e Incendio y Robo o Hurto total y parcial sin franquicia.

CA-DR 1.1 ACCESORIOS Y/O ELEMENTOS OPCIONALES NO ORIGINALES DE FÁBRICA



IAPSER
SEGUROS

Descripción: _____

Valor \$ _____

INFORME SOBRE EL ESTADO DEL VEHICULO (Para coberturas B y sucesivas).

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

Medidas Cubiertas: _____ Marca: _____ Porcentaje Desgaste: Delanteras _____ Traseras _____

Colores: _____ Pintura: _____ Bicapa Común

Detalle de los daños que posee la unidad: _____

Estado general de la unidad: _____ Valor aproximado: _____

OBSERVACIONES: _____

Documentación Adicional: _____ Presentó: SI NO

13- Firma y aclaración de quien hizo la Inspección _____

Firma Propietario Unidad _____

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, débito 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.

- 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 386000100100009022055
BANCO BBVA FRANCÉS:	Cuenta Corriente en \$	Sucursal 074 002589/5	CBU 017007492000000258953
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 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 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

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 Nro:	CUIL/CUIT/CDI Nro:	
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.

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: