

SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES



IAPSER
SEGUROS

Por medio de la presente solicito al INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO DE ENTRE RÍOS, la contratación de un seguro contra Accidentes Personales, según datos que detallo más abajo. Se deja constancia que presto conformidad a las disposiciones que contienen las Condiciones Generales de la cobertura solicitada, las que declaro conocer.

Solicitud:	14- Agencia:		
Póliza:	6- Vigencia Desde: / /	8- Vigencia Hasta: / /	
DATOS DEL TOMADOR * Marcar lo que corresponda.			
Cliente N°:	1- Tipo de Persona: 1. Física <input type="checkbox"/> 2. Jurídica <input type="checkbox"/>		
2- Situación IVA: 1. Inscripto <input type="checkbox"/> 3. No Responsable <input type="checkbox"/> 4. Consumidor Final <input type="checkbox"/> 6. Exento <input type="checkbox"/> 9. Monotributista <input type="checkbox"/> 10. No Categorizado <input type="checkbox"/>			
CUIT:	3- Tipo Doc:	4- N° de Documento:	
5- Apellido y Nombre del Tomador:			
7- Estado Civil: 1. Casado <input type="checkbox"/> 2. Soltero <input type="checkbox"/> 3. Separado <input type="checkbox"/> 4. Divorciado <input type="checkbox"/> 5. Viudo <input type="checkbox"/>			10- Teléfono:
11- Calle:	12- N° Casa:	13- Piso:	14- Dpto./Ofic:
16- Localidad:	17- Provincia:		
16- Actividad:	10- Fecha Nac: / /		
E-mail: *			
ASEGURADO			
Apellido y Nombre:			DNI:
Prof. o Actividad:		Fecha Nac: / /	Edad:
Domicilio:			
Localidad:	Provincia:		C.P.:
Teléfono:	E-mail: *		
Beneficiario/s:			
1	A) ¿Cuál es su profesión, industria y ocupación habitual?:		
	B) ¿Qué cargo desempeña?:		
	C) ¿Trabaja manualmente? (Indique Máquinas y Fuerza Motriz):		
	D) ¿Dirige Ud. trabajos? ¿Cuáles?:		
	E) ¿Otros trabajos manuales o actividad? Indique cuál:		
2	A los efectos de la cláusula 7 de las Condiciones Generales:		
	A) ¿Tiene o ha tenido enfermedad grave o accidente? ¿Cuáles?:		
	B) ¿Tiene algún defecto físico? ¿Cuál?:		
	C) ¿Tiene algún defecto visual?:		
	D) ¿Es sordo total o parcialmente?:		
	E) ¿Mutilaciones? Indicar:		
3	A) ¿Tiene o ha tenido otro seguro de Accidentes Personales y/o contra infortunios de aeronavegación?:		
	B) ¿En que compañía, por qué riesgo y por qué suma?:		
	C) ¿Si no está en vigencia, por qué motivo dejaron de estarlo?:		
	D) ¿Se le ha rechazado alguna solicitud de Acc. Personales o de Vida de otras compañías? Indicar causas:		
4	¿En qué riesgos y por qué sumas desea asegurarse?:		
	A) ¿En caso de muerte? (Art. 8 de las Condiciones Generales):		
	B) ¿En caso de incapacidad permanente? (Art. 9 de las Condiciones Generales):		
5	Desea cubrir mediante una extra-prima, los siguientes adicionales:		
	A) Los gastos de asistencia médica para los riesgos cubiertos, hasta la suma de:		
	B) La práctica de otros deportes que no sean enumeradas en el Art. 3 de las Condiciones Generales:		
	C) El uso de motocicletas u otros vehículos similares:		
6	A) ¿Desea la cobertura mientras realiza sus tareas habituales exclusivamente?:		
7	A) ¿Desea instituir beneficiario para el caso de muerte? ¿Quién?:		

S: SSAP - F: 03/2024

B) Tratándose de varios, indíquese en qué orden excluyente o en qué proporción debe ser pagada la indemnización:

8 A) ¿A los efectos del último párrafo del Art. 9 de las Condiciones Generales, declaro ser zurdo? SI NO

9 A) Lugar donde desarrolla sus tareas:

EXCLUSIÓN: Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, se excluye expresamente:
Trabajos en altura, Grescas, Disturbios Personales, Desmanes, Uso de Armas, Picaduras y/o Mordeduras de Insectos y/o Animales.

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

Tipo de Cobertura: Individual Colectivo

Textos Precatalogados

Prima:	R. Adm:	R. Fin:	IVA:	Bonif:	Premio:
Tasa:	Claus. y Anexos:	Productor:		Código:	
Condiciones de Pago:	Contado:	Financiado:	Recibo N°:	Fecha:	
Importe:	Emisión:	Anual:	Mensual con cláusula de prórroga automática:		

RESOLUCIÓN 3791 D.G.I. - AGENTES DE INFORMACIÓN

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

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.

- 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 Cia. 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

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_____.

EL PRESENTE CONTRATO REALIZA CON LA MODALIDAD DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA, AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ORIGINAL.

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.

Premio a cargo del Tomador: 100% Otros: Indicar %: Tomador Asegurado

* Indicar lo que corresponda.

Firma del Asegurado / Tomador

Aclaración, Tipo y N° DNI