



La segunda

SEGUROS GENERALES

COOPERATIVA LTDA. DE SEGUROS GENERALES

www.lasegunda.com.ar

LLENAR ESTA SOLICITUD CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA

Póliza N°

N° Asociado

N° Agencia

SECCION RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO N°: 7110592

VIGENCIA	Desde	RENOVACION	<input type="checkbox"/> Renovable	PERIODO	<input type="checkbox"/> Anual	MONEDA	\$ <input type="checkbox"/>	FORMA PAGO	Contado <input type="checkbox"/>	Indicar Cant. Cuotas <input type="checkbox"/>	Indicar Imp. Cobrado <input type="checkbox"/>
	Hasta		<input type="checkbox"/> Temporal		<input type="checkbox"/> Semestral		U\$S <input type="checkbox"/>		Fecha: ___/___/___	Lugar: _____	
Agencia Interviniente: _____											

TOMADA	Nombre y Apellido / Razón Social _____										
	Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica Fecha de Nac.: ___/___/___										
	Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____										
	Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____										
	Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____										
	CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____										
	Estado civil _____ Nacionalidad _____ Solicito recibir Póliza: Física <input type="checkbox"/> Electrónica <input type="checkbox"/>										
1	Cond. I.V.A.: Exento / Resp. Inscripto / Monotributista / Consumidor Final / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N Cond. Ingresos Brutos: Inscripto N° _____ / No Inscripto / Exento / Local / Multilateral / Bien de Uso / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N Impuesto de Sellos: Exclusión S - N <input type="checkbox"/> Adjuntar constancia acreditando Ingresos Brutos _____										

TOMADA	Nombre y Apellido / Razón Social _____										
	Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica Fecha de Nac.: ___/___/___										
	Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____										
	Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____										
	Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____										
	CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____										
	Estado civil _____ Nacionalidad _____										
2	Cond. I.V.A.: Exento / Resp. Inscripto / Monotributista / Consumidor Final / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N Cond. Ingresos Brutos: Inscripto N° _____ / No Inscripto / Exento / Local / Multilateral / Bien de Uso / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N Impuesto de Sellos: Exclusión S - N <input type="checkbox"/> Adjuntar constancia acreditando Ingresos Brutos _____										

ASEGURADO	Nombre y Apellido / Razón Social _____										
	Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica Fecha de Nac.: ___/___/___										
	Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____										
	Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____										
	Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____										
	CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____										
	Estado civil _____ Nacionalidad _____										

ECONOMISTA	Nombre y Apellido / Razón Social _____										
	Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica Fecha de Nac.: ___/___/___										
	Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____										
	Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____										
	Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____										
	CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____										
	Vínculo con el Asegurado y/o Tomador (si lo hubiere) _____										
Coaseguro - Subrogación <input type="checkbox"/> No anulación - No modificación <input type="checkbox"/>											

DÉBITO	Solicito a LA SEGUNDA C.L.S.G. la incorporación al Servicio de Débito Automático, autorizando expresamente a que se me debite el premio total o el importe de las cuotas mensuales pactadas en la propuesta, de mi tarjeta de crédito/cuenta bancaria. Tomo conocimiento y acepto, que el referido monto me será debitado al día 20 de cada mes o día hábil posterior, siendo de mi exclusiva y excluyente responsabilidad el disponer de limite de crédito o fondos disponibles en cuenta al momento de realizarse el débito en la fecha referida.										
	Nombre de la tarjeta _____ N° _____										
	Tipo de cuenta _____ N° de CBU: ___/___/___										
	La presente autorización, tiene eficacia durante el período de vigencia de la póliza y sus renovaciones, o hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para su revocación.										
Firma y aclaración del titular de la Cuenta / Tarjeta _____											

- SOLICITO MI INCORPORACIÓN COMO ASOCIADO A ESTA COOPERATIVA CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 20.337 Y EL ESTATUTO SOCIAL, LA CUAL QUEDARÁ ACEPTADA CON LA PERCEPCIÓN DE LA PRIMERA CUOTA.
 - EL CLIENTE TOMA CONOCIMIENTO QUE ANTE CUALQUIER PAGO QUE DEBE REALIZARSE EN VIRTUD DE LA PÓLIZA Y/O DE CUALQUIER CESIÓN DE DERECHOS O CAMBIO DE BENEFICIARIO Y/O ANULACIÓN, LE SERÁN SOLICITADOS REQUISITOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 25.246 Y NORMATIVAS REGLAMENTARIAS.
 - EN MI CARÁCTER DE TOMADOR, DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS A SER APLICADOS A LA OPERACIÓN DE SEGUROS A QUE SE REFIERE LA PRESENTE PROPUESTA, SON LÍCITOS Y PROVIENEN DE LA ACTIVIDAD DECLARADA (LEY N° 25.246 Y NORMATIVAS REGLAMENTARIAS).

FIRMA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

VERIFICACION DE LA INFORMACION	
VERIFICADO ORIGINAL TIPO Y N° DE DOCUMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE: _____	
FIRMA: _____	FECHA ____/____/____

FIRMA TOMADOR / ASEGURADO / BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

REPRESENT. LEGAL

Nombre y Apellido / Razón Social _____
 Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: Física Jurídica Fecha de Nac.: ___ / ___ / ___
 Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____
 Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____
 Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____
 CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____
 Estado civil _____ Nacionalidad _____

VARIANTES DE COBERTURA

- | | |
|--|---|
| 1. COMPRENSIVA (*) (**) | 16. GARAGES O SIMILARES (*) |
| 2. INC./EXP./ Y DESC. ELECTRICAS | 17. OTROS RIESGOS (**) |
| 3. HECHOS PRIVADOS (*) | 25. EQUIPOS Y MAQUINARIAS (***) |
| 4. ASCENSORES Y/O MONTACARGAS | 28. COMPRENSIVA / PRODUCTOS (*) (**) |
| 5. CONSTRUCCIONES O SIMILARES (*) (**) | 33. CALDERAS, INSTALACIONES A VAPOR |
| 6. CARTELES Y LETREROS | 35. ACOPIADORES AGROPECUARIOS |
| 7. FUGA DE GANADO | 36. ESTABLECIMIENTOS AGROPECUARIOS (*) (****) |
| 11. EMBARCACIONES (*) (**) | 37. CONTRATISTAS PETROLEROS (**) |
| 13. ANTENAS Y/O TORRES | |

VARIANTE

En todos los casos adjuntar a la presente solicitud la cotización correspondiente

- (*) Indicar adicionales solicitados en Observaciones. Si existen maquinarias identificarlas (n° de chasis, motor, marca, modelo, etc.).
- (**) Detallar riesgo/actividad/tareas a amparar en Observaciones. Si existen maquinarias, identificarlas (n° de chasis, motor, marca, modelo, etc.).
- (***) Identificar con datos completos (n° de chasis, motor, marca, modelo, etc.) en Observaciones.
- (****) Describir de cada establecimiento amparado, su ubicación y cantidad de hectáreas, así como las adicionales incluidos en la cotización.

SUMA ASEGURADA: _____

UBICACION DEL RIESGO _____

DESCRIPCION DEL RIESGO

OBSERVACIONES

C
A
R
A
C
T
E
R
I
S
T
I
C
A
S

D
E
L

S
E
G
U
R
O