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

SEGURO DE ROBO

SOLICITUD DE SEGURO N°:

VIGENCIA Desde ___ Hasta ___

RENOVACIÓN ☐ Renovable ☐ Temporal

PERIODO ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Otro: _____

MONEDA $ ☐ U$S ☐

FORMA PAGO Contado ☐ Indicar Cant. Cuotas ☐ Indicar Imp. Cobrado ☐

Fecha:____ /____ /____ Lugar: _____

Agencia Interviniente: _____

TOMADOR 1

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 _____ Solicito recibir Póliza: Física ☐ Electrónica ☐

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

Adjuntar constancia acreditando Ingresos Brutos ____

TOMADOR 2

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 _____

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

Adjuntar constancia acreditando Ingresos Brutos ____

ASEGURADO

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 _____

ENDOSO

Nombre y Apellido / Razón Social _____

Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: ☐ Física ☐ Jurídica Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____

Sexo (F / M) CP _____ Provincia _____ País _____

Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso ____ Dpto.____ Mblock ____

Localidad _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____

CUIT / CUIL / CDI _____ Actividad / Ocupación _____

Vínculo con el Asegurado y/o Tomador (si lo hubiere) _____

Transferencia de Derecho ☐ Acreedor Prendario ☐

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 límite 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 N° 25.246, LEY 26683 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, LEY N° 26683 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.

_____
FIRMA TOMADOR / ASEGURADO / BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

VERIFICACION DE LA INFORMACION

VERIFICADO ORIGINAL TIPO Y N° DE DOCUMENTO SI ☐ NO ☐

NOMBRE: _____

FIRMA: _____ FECHA

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE ☒

1-09-001-7

SOLICITUD DE SEGURO N°:

REPRESENTANTE 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* _____

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Ubicación del riesgo a asegurar: _____

Naturaleza del riesgo: *(Indicar: tipo de comercio, de industria, de establecimiento agropecuario o vivienda permanente o transitoria)* _____

_____

Solicito un seguro sobre el riesgo que indico a continuación *(marcar con una **X** lo que corresponda)*

1. ☐ *Actividades Comerciales, Industriales y Civiles*
2. ☐ *Viviendas Particulares*
3. ☐ *Valores en Caja Fuerte y/o Ventanillas*
4. ☐ *Valores en Tránsito*
5. ☐ *Joyas, Alhajas, Pieles y Obj. Div.*
6. ☐ *Fidelidad de Empleados*
7. ☐ *Bolso Protegido*
8. ☐ *Cajero Automático (ATM)*
9. ☐ _____

_____

RESPONDA AL CUESTIONARIO DEL ITEM CORRESPONDIENTE A LA COBERTURA SOLICITADA

1. Actividades Comerciales, Industriales y Civiles:

		Suma Asegurada
1.1.	*Mercaderías terminadas y/o semiterminadas de prop. del Asegurado.*	$
1.2.	*Materias primas de propiedad del Asegurado.*	$
1.3.	*Mercaderías generales tenidas a comisión o por cuenta de otros por las cuales el Asegurado sería responsable en caso de Robo.*	$
1.4.	*Bienes de uso del Asegurado (por ej.: maq. de oficina, inmuebles, estanterías y demás útiles y enseres).*	$
1.5.	*Otros riesgos (s/ detalle adjunto).*	$

0

Completar:

a) *¿Todas las puertas, ventanas y/o ventiluces que no dan a la calle, se hallan provistas de rejas de hierro?* *Si* ☐ *No* ☐

b) *¿Linda con terreno baldío, obra en construcción o edificio abandonado?* *Si* ☐ *No* ☐

c) *Los techos del local donde se encuentran los bienes asegurados son de:* _____

d) *¿Posee cerradura doble paleta en TODAS las puertas de acceso al local?* *Si* ☐ *No* ☐

e) *¿Existe sistema de alarma?* *Si* ☐ *No* ☐ *En caso afirmativo ¿Qué tipo de alarma?* _____

f) *¿Posee cortinas metálicas que proteja la totalidad de las vidrieras, escaparates y puertas de vidrio?* *Si* ☐ *No* ☐

g) *¿Hay sereno / vigilador?* *Si* ☐ *No* ☐ *¿Existe circuito de cámara de seguridad?* *Si* ☐ *No* ☐

h) *Los elementos asegurados son:* ○ *Propios* ○ *Alquilados (en este úlitimo caso anexar copia del contrato de alquiler o leasing)*

i) *Modalidad de Contratación (marcar con una X lo que corresponda):* ○ *A Prorrata* ○ *A Primer Riesgo Absoluto*

2. Viviendas Particulares:

2.1. *Ocupación:* ○ *Permanente* ○ *Transitoria*

2.2. ***Mobiliario General*** *(a Primer Riesgo Absoluto) Cosas muebles que componen el ajuar de la vivienda y demás efectos personales del Asegurado hasta la suma de $* _____ *(Suma Asegurada)*

2.3. ***Objetos asegurados en forma específica:*** *(a Prorrata) Electrodomésticos en general.*

	Detalle de Objetos	Suma Asegurada
2.3.1.		$
2.3.2.		$
2.3.3.		$

Completar:

a) *¿Todas las puertas, ventanas y/o ventiluces con paneles de vidrio (interiores y exteriores, se hallan provistas de rejas de hierro de protección?* *Si* ☐ *No* ☐

b) *¿Linda con terreno baldío, obra en construcción o edificio abandonado?* *Si* ☐ *No* ☐

c) *¿Posee cerradura doble paleta en TODAS las puertas de acceso a la vivienda?* *Si* ☐ *No* ☐

d) *¿Existe sistema de alarma?* *Si* ☐ *No* ☐ *En caso afirmativo ¿Qué tipo de alarma?* _____

e) *Los elementos asegurados son:* ○ *Propios* ○ *Alquilados (en este úlitimo caso anexar copia del contrato de alquiler o leasing)*

3. Robo de Valores en Caja Fuerte y/o Tesoro

(durante las 24 Horas del día y en Cajón Mostrador y/o Ventanillas solamente durante el horario habitual de tareas)

¿Qué tipo de actividad desarrolla el Asegurado? _____

¿Posee Caja Fuerte y/o Tesoro? Si ☐ No ☐ Indicar marca, número y características: _____

_____

¿Existe vigilancia armada? Si ☐ No ☐ ¿Existe sist. de alarma? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo ¿Qué tipo de alarma? _____

¿Existe circuito de cámara de seguridad? Si ☐ No ☐

Indique otros sistemas de seguridad _____

Valores a asegurar: Dinero en efectivo, cheques y/o valores al portador hasta la suma de _____ (suma asegurada)

Nota: Suma Asegurada en ventanilla y/o mostrador durante las horas habituales de tareas $_____. Máximo 10% de suma asegurada en caja fuerte.

4. Valores en Tránsito

Indique los motivos del traslado de los valores:

☐ Por giro comercial.

☐ Pagadores y cobradores locales que no viajen en vehículos de reparto y hasta un radio de 50 kms.

☐ Repartidores de mercaderías o cobradores y pagadores viajantes.

☐ Hasta 100 Kms. ☐ Mas de 100 Kms. ☐ Para el pago de sueldos y jornales.

¿Cuántos tránsitos mensuales? _____ ¿Desea cubrir los valores mientras se encuentran en el lugar de pago? Si ☐ No ☐

¿El vehículo transportador posee buzón caja fuerte soldado al chasis? Si ☐ No ☐

¿Qué personas se ocupan de los tránsitos? _____

¿Los tránsitos son efectuados con custodia armada? Si ☐ No ☐

¿En qué lugares se realizan dichos traslados de valores? _____

¿Qué medios de movilidad utilizan? _____

¿Cuál es el máximo a transportar en cada viaje? _____

Suma Asegurada $_____

5. Joyas, Alhajas, Pieles y Objetos diversos

Sobre bienes de uso solamente (excluido mercadearías) y dentro de los límites del territorio de la República Argentina y de sus países limítrofes.

A los efectos de este tipo de seguro debe efectuarse un detalle que individualice y describa los distintos objetos a asegurar indicando, según corresponda: marca, modelo, número de serie y toda otra característica de forma, tamaño, peso, material, etc., que facilite su identificación.

En cada caso se deberá enviar tasación del bien amparado, fotocopia de la garantía y/o factura de compra.

	Detalle de Artículos	Suma Asegurada
5.1.		$
5.2.		$
5.3.		$
5.4.		$
5.5.		$

Los elementos asegurados son: ○ Propios ○ Alquilados (en este úlitimo caso anexar copia del contrato de alquiler o leasing)

Tipos de Cobertura (marcar con una X lo que corresponda): ○ **Cobertura 1:** Ampara exclusivamente el riesgo de Robo. ○ **Cobertura 2:** Ampara exclusivamente los riesgos de Robo, Incendio, Rayo y Explosión.

6. Fidelidad de Empleados

(Nómina del personal a asegurar)

	Nombre, Apellido y Doc. de Identidad	Cargo o Función	Suma Asegurada
6.1.			$
6.2.			$
6.3.			$
6.4.			$
6.5.			$

Nota: Se deberá aclarar si los Ejecutivos, Funcionarios y todos aquellos Empleados que como parte de sus tareas habituales manejen o tengan la custodia de dinero, valores o mercaderías o tengan poder de decisión que pueda perjudicar a la Empresa, o en su defecto aquellos que no manejen o tengan la custodia de dinero, etc.

7. Bolso Protegido

Coberturas (marcar con una X lo que corresponda): ☐ Plan **A** ☐ Plan **B** ☐ Plan **C**

8. Cajero Automático (ATM)

Red correspondiente al cajero automático (marcar con una X lo que corresponda): ☐ Banelco ☐ Link ☐ Otro: _____

Coberturas (marcar con una X lo que corresponda): ☐ Plan **A** ☐ Plan **B**

9. _____

Cumplimentar el respectivo Formulario / Propuesta