

Anexo 4

Solicitud de Cobertura

Responsabilidad Civil

FRM-063

Solicitud N°: _____ Asegurado: _____
Póliza N°: _____ Domicilio: _____
Endoso N°: _____ Localidad: _____
Renueva Póliza: _____ Pcia.: _____ C.P.: _____ Teléfonos: _____

IVA

1. ☐ Responsable inscripto gran contribuyente
2. ☐ Responsable inscripto
3. ☐ Responsable no inscripto
4. ☐ No responsable o exento
5. ☐ Monotributo
6. ☐ Consumidor final

CUIT N°: (de 1 a 5) _____

Cód. Productor _____ Nombre: _____ Comisión: _____ %

Cód. Organizador _____ Nombre: _____ Comisión: _____ %

Ingresos Brutos

- ☐ Responsable inscripto convenio multilateral
☐ Responsable inscripto contribuyente local
Provincia de: _____
☐ Exento
☐ Consumidor Final

N° Inscripción: _____

Tipo y N° Doc.: _____

Vigencia desde: _____ Hasta: _____

Actividad ⁽¹⁾: _____ Ubicación del Riesgo: _____

Ámbito de la Cobertura: _____ Cantidad de Empleados: _____

Coberturas**Suma Asegurada**

1. ☐ Calderas ⁽²⁾ _____
2. ☐ Ascensores ⁽²⁾ _____
3. ☐ Carteles ⁽²⁾ _____
4. ☐ Incendio, Rayo, Explosión _____
5. ☐ Hechos Privados _____
6. ☐ Garaje ⁽²⁾ _____
7. ☐ Construcción ⁽¹⁾ _____
8. ☐ Responsabilidad Civil Comprensiva _____
☐ Adicionales: _____
9. ☐ Productos ⁽²⁾ _____
☐ Ventas realizadas en el último ejercicio (indicar moneda) _____
☐ Ventas estimadas del ejercicio actual: (indicar moneda) _____
10. ☐ Otros (detallar) _____

⁽¹⁾ Descripción detallada de todas las actividades / trabajos -⁽²⁾ Descripción detallada de características y cantidad

Prima: _____ Premio: _____

Bonificación: _____ % Recargo Financiero: _____ %

Tarjeta (Favor cumplimentar formulario adicional): _____ N°: _____

Cond. Pago Contado: _____ % Cantidad de Cuotas: _____

Esta solicitud no implica la aceptación del riesgo

Lugar y Fecha: _____

Aclaración de Firma: _____ Firma del Asegurado

Allianz Argentina Compañía de Seguros S. A.
Av. Corrientes 299 (C1043AAC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tel.: (5411) 4320-3800/1
www.allianz.com.ar

Allianz 