

PROPUESTA DE SEGURO DE AUTOMOTOR Y/O REMOLCADO

OPCIÓN DE PLAN (MARCAR EL QUE CORRESPONDA)

PZA.1: RESP. CIVIL Y DAÑOS TOTALES POR INC. ROBO O ACCIDENTE

PZA.2: RESP. CIVIL - DAÑOS TOT. Y PARC.P/INC.Y ROBO Y TOTAL P/ ACC.

PZA.3: TODO RIESGO CON FRANQUICIA MÍNIMA Y OBLIGATORIA

PZA.4: RESPONSABILIDAD CIVIL SOLAMENTE

PZA.5: TODO RIESGO SIN FRANQUICIA

PZA.7: RESPONS. CIVIL - INCENDIO Y ROBO TOTAL

PZA.8: RESPONS. CIVIL - DAÑOS PARC. Y TOT. POR INCENDIO Y ROBO

PZA.9: RESPONS. CIVIL OBLIGATORIA

PZA.22: RESP. CIVIL - DAÑOS TOT. Y PARC.P/INC.Y ROBO Y TOTAL P/ ACC. - FULL

PZA.40: TODO RIESGO CON FRANQUICIA VARIABLE

PZA.41: TODO RIESGO CON FRANQUICIA FIJA

PZA.42: TODO RIESGO CON FRANQUICIA FIJA

PZA.43: TODO RIESGO CON FRANQUICIA FIJA

PZA.44: TODO RIESGO CON FRANQUICIA FIJA

USTED OPTÓ POR EL PLAN

La presente propuesta no obliga al Asegurador sino hasta que la misma sea aceptada (Art. 4 de la Ley de Seguros). La emisión de la póliza importa aceptación de la propuesta en los términos y condiciones en que ésta ha sido emitida.

NID.

POLIZA

PRESUPUESTO INTERNET

COTIZACION

COD. PRODUCTOR

PEDIDO DE FACTURACIÓN

PLAN DE PAGO

PROVINCIA

MONEDA

POSEE RASTREO SATELITAL

COD. PROMOCIÓN

DESCRIPCIÓN PROMOCIÓN

MEDIO DE PAGO

N° BOLETA

D. V.

FECHA VENCIMIENTO BOLETA

IMPORTE

ORIGEN (Productor o Asegurado)

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

El inicio de vigencia del presente seguro, será las 12:00 horas de la fecha de verificación del estado del riesgo, realizada por los medios que dispone la aseguradora.

SOLICITANTE

Nº CLIENTE

NÚMERO CUIT O CUIL

TIPO DOC.

NÚMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO Y NOMBRES PRIMER TITULAR O RAZON SOCIAL

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

NACIONALIDAD

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

TELEFONO

CELULAR

PEP

SUJETO OBLIGADO LEY 25.246

DIRECCION EMAIL

ACTIVIDAD U OCUPACIÓN

SIT. LABORAL REL. DEP. AUTON.

CATEGORÍA I.V.A.

INGRESOS BRUTOS

PERSONERIA JURÍDICA

AG. RET.

SELLO RECEPCIÓN

Acepto recepción de póliza vía e-mail a:

@:

DATOS DEL SEGUNDO TITULAR

NUMERO DE C.U.I.T. / C.U.I.L.

TIPO DOC.

NUMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO Y NOMBRES SEGUNDO TITULAR O RAZON SOCIAL

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (Apoderado, tutor, curador o representante)

NUMERO DE C.U.I.T. / C.U.I.L.

TIPO DOC.

NUMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO Y NOMBRES

LUGAR

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACION

FIRMA Y SELLO DEL AGENTE

PROVINCIA Seguros S.A. - Carlos Pellegrini 71 (C1009ABA) Cap. Fed. Tel.: 4346-7300 - Fax: 4346-7337 - C.U.I.T.: 30-52750816-5

FR-SEM066-03

LÍMITE RESP. CIVIL	MARCA Y MODELO	AÑO VEHÍCULO	¿ES 0 KM?	TIPO DE VEHÍCULO	USO DE VEHÍCULO	CLAÚSULA DE AJUSTE
PATENTE	COD. POSTAL RIESGO	NÚMERO DE CHASIS		NÚMERO DE MOTOR		
EQUIPO DE GAS REGULADOR N°		VALOR	CAPACIDAD	ALCANCE	JURISDICCIÓN	TIPO DE SERVICIO

VERIFICACIONES / INSPECCIONES PREVIAS		
Los Campos de este apartado son de carga obligatoria para la Emisión de la presente propuesta.		
REALIZÓ VERIFICACIÓN? <div></div>	VERIF / INSP REALIZADA POR <div></div>	VERIFICACIÓN VÍA <div></div>
ESTADO GRAL. VEHÍCULO <div></div>	NRO. VERIFICACIÓN <div></div>	NRO. INSP. EXTERNA <div></div>
Si no realizó Verificación, no posee Nº de IP Externa y no es continuidad de póliza, no se dará curso a la presente propuesta.		

NRO. DE INSCRIPCIÓN EN R.U.T.A.	
TIPO DE TRANSPORTE	
JURISDICCIÓN	
N° DE R.U.T.A. DEL TRANSPORTISTA	
N° DE R.U.T.A. DEL VEHÍCULO	
FECHA DE EMISIÓN DEL N° DE R.U.T.A. DEL TRANSPORTISTA	

DETALLE DEL EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD A CUBRIR			
AIRE ACONDICIONADO	LEVANTA VIDRIOS ELÉCTRICO		
DIRECCIÓN ASISTIDA	FRENOS ABS	AIRBAG	
CÚPULAS O CARROCERIAS	LLANTAS:		
OTROS:			
V.T.V.	SI	NO	NRO. VTO.....

RASTREO VEHICULAR			
Corresponde Rastreo Vehicular	NO	SI	
Posee Equipo Instalado	NO	SI	EMPRESA DE RASTREO
De corresponder equipo de Rastreo Vehicular y no poseerlo, deberá ser instalado en el plazo de 7 (siete) días del inicio de vigencia.			

NUMERO DE C.U.I.T. / C.U.I.L.	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO	PERSONERIA JURÍDICA	APELLIDO / RAZÓN SOCIAL	NOMBRE
DIRECCIÓN			LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

CBU

TARJETA

LEGAJO

VIGENCIA

TARJETA Y BANCO EMISOR

CIRCULA EN EL RÁDIO DE 150 KM. DE LA CAPITAL FEDERAL?

SI

NO

Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios de la póliza contratada a partir de la presente son los detallados en el Artículo 1° de la Resolución N° 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

<p>Tomo conocimiento de lo dispuesto en la Resolución General N° 25.068 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, y me comprometo a efectuar la transferencia a mi nombre, dentro de los 30 días de iniciada la vigencia del seguro, bajo pena de suspensión sin previo aviso de la Cobertura.</p>	<p>TITULARIDAD DEL DOMINIO SE ACREDITA LA TITULARIDAD DEL DOMINIO DEL VEHICULO ASEGURABLE.</p>		
	<p>SI NO</p>	<p>_____</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL AGENTE</p>	<p>_____</p> <p>FIRMA DEL ASEGURADO</p>