



\* Los seguros son emitidos por CAJA DE SEGUROS S.A.(LA CAJA)

N° DE SOLICITUD

/

**SEGURO PROTECCIÓN INTEGRAL  
SOLICITUD DE SEGURO**

ORIGEN

**Datos del Solicitante**

NOMBRE

DOMICILIO

DOC.IDENTIDAD

E-MAIL

POS.IVA

TELEFONO

TELEFONO MOVIL

ESTADO CIVIL

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

**Datos del seguro**

Vigencia solicitada: Desde las 12:00 del hasta las 12:00 del

Plan Solicitado: PLAN ORO SUMA 280000

DETALLE DE LAS COBERTURAS DESCRIPTAS EN LAS CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura 785 ROBO Y DAÑO ACCIDENTAL

NOMINA DE OBJETOS A CUBRIR POR ROBO

Objeto	Importe
NOTEBOOK, NETBOOK, TABLETA ACCESORIOS	
<b>T O T A L :</b>	<b>\$17.500,00</b>
ROBO Y DAÑO ACCIDENTAL	\$17.500,00

Franquicia a cargo del asegurado:

20% DEL VALOR DEL SINIESTRO

Suma Asegurable: \$0,00

Premio total:

Plan de Pagos:

Tarjeta / Cuenta Bancaria:

Empresa / Sucursal:

Cantidad de cuotas: 12

Autorizo, en caso que el Asegurador acepte la presente solicitud, a que las sumas de dinero necesarias para atender el pago del premio del Seguro de Protección Integral y sus respectivas renovaciones sean debitados en forma directa y automática de la Tarjeta de Crédito indicada más arriba. Queda entendido que es de mi exclusiva responsabilidad el pago del premio del seguro solicitado.

Firma del Titular Tarjeta de Crédito

Aclaración:.....

Tipo y Nro deDoc:.....

LUGAR Y FECHA

Firma del Solicitante



CAJA DE SEGUROS S. A.  
 C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4  
 ROBERTO FITZ ROY 957  
 1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES  
 CAPITAL FEDERAL  
 TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114



\* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

**CONDICIONES PARTICULARES**

SECCION	POLIZA NRO.	CONTROL	ENDOSO NRO.
RIESGOS VARIOS			

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
NUEVA POLIZA	desde las 12:00 del hasta las 12:00 del

ASEGURADO

DOMICILIO

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONSUMIDOR FINAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 17.500

PROTECCION INTEGRAL - 417 - PLAN: NOTEBOOK/TABLETA PLAN 320  
 Asegurado:

Riesgos y Sumas Aseguradas

ROBO Y DAÑO ACCIDENTAL \$ 17.500,00

FRANQUICIA: 20% DEL VALOR DEL SINIESTRO

AMBITO: Todo el Mundo

Gastos de Producción

Gastos de Explotación

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.MEDIANTE PROVEÍDO Nro 105994 / 104133 / 117152 / 115974

Jorge Mignone  
 Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.



## Anexo "A"

### CONDICIONES PARTICULARES

SECCIÓN	Nº PÓLIZA	Nº ENDOSO	CONCEPTO	VIGENCIA
RIESGOS VARIOS		00000	NUEVA POLIZA	Desde 12 hs.del Hasta 12 hs.del

Cobertura 785 ROBO Y DAÑO ACCIDENTAL

NOMINA DE OBJETOS A CUBRIR POR ROBO

Objeto	Suma Asegurada
NOTEBOOK, NETBOOK, TABLETA	\$15.000,00
ACCESORIOS	\$2.500,00
<b>T O T A L :</b>	<b>\$17.500,00</b>



## SEGURO DE RIESGOS VARIOS NOTA DE DEBITO

SECCIÓN	N° PÓLIZA	CTROL.	N°ENDOSO	CONCEPTO
RIESGOS VARIOS		0		NUEVA POLIZA

LUGAR Y FECHA Factura Nro.

VENCIMIENTO PAGO DE CONTADO VIGENCIA  
 desde las 12hs. del hasta las 12hs. del

ASEGURADO Y/O TOMADOR	CUIT/CUIL	ING. BRUTOS
DOMICILIO	CONDICIONES DE IVA CONSUMIDOR FINAL	

SINTESIS DE LA COBERTURA:  
**PROTECCION INTEGRAL**

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS INTEGRANTES DE LA PÓLIZA:  
**SEGUN SE DETALLA EN EL FRENTE DE POLIZA**

SUMA ASEGURADA: \$17.500,00 PRIMA:

### DETALLE DE LA LIQUIDACIÓN DEL PREMIO

PRIMA	DER. EMISIÓN	REC. ADMINISTRATIVO	REC. FINANCIERO	IMPUESTOS	TASAS
SELLADOS	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	BONIFICACIÓN	PREMIO	

### PLAN DE PAGOS

N° CUOTA	VENCIMIENTO	IMPORTE	IMPORTE
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			

OBSERVACIONES:

EL IMPORTE DEL PREMIO SE DEBITARA DE LA TARJETA DE CREDITO:

VISA S.A. NRO.:  
 CLAVE DEBITO :

TIPO DE CAMBIO UTILIZADO: