



* 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

POS.IVA
TELEFONO
TELEFONO MOVIL
ESTADO CIVIL
FECHA DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD

DOC.IDENTIDAD

E-MAIL

Datos del seguro

Vigencia solicitada: Desde las 12:00 del 0 hasta las 12:00 del

Plan Solicitado: PLAN ORO SUMA 800000

DETALLE DE LAS COBERTURAS DESCRIPTAS EN LAS CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura 734 ROBO

NOMINA DE OBJETOS A CUBRIR POR ROBO

Objeto
BICICLETA / MONOPATIN

Importe
\$90.000,00

T O T A L :
ROBO \$90.000,00

\$90.000,00

Franquicia a cargo del asegurado:

20% DEL VALOR DEL SINIESTRO

Suma Asegurable: \$90.000,00

Premio total:

Tarjeta / Cuenta Bancaria:

Plan de Pagos:

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 Cuenta Bancaria indicada más arriba. Queda entendido que es de mi exclusiva responsabilidad el pago del premio del seguro solicitado.

Firma del Titular Cuenta Bancaria

Aclaración:.....

Tipo y Nro deDoc:.....

LUGAR Y FECHA



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

N° DE SOLICITUD

/

SEGURO PROTECCIÓN INTEGRAL SOLICITUD DE SEGURO

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

Condiciones Generales Comunes

Cláusula 9 -DENUNCIA DEL SINIESTRO.

El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. En caso de pactarse un plazo mayor al indicado, ello se indicará expresamente en las Condiciones Particulares.

Además, el Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.

El Asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el Asegurado (Art. 46 - Ley de Seguros).

Robo

Cláusula 4 - CARGAS DEL ASEGURADO

Adicionalmente a lo establecido en las Condiciones Generales, queda entendido y convenido que, bajo pena de caducidad de los derechos indemnizatorios que otorga la presente cobertura, el Asegurado deberá cumplir con las siguientes cargas u obligaciones.

- Tomar las medidas de seguridad razonables para prevenir el siniestro.
- Denunciar sin demora a las autoridades policiales el acaecimiento del siniestro
- Una vez efectuado el reemplazo de los bienes siniestrados, conservar y facilitar al Asegurador los comprobantes de pago respectivos.

El Asegurado que, mediando culpa grave o dolo, deja de cumplir con las cargas de proporcionar a la Compañía las informaciones necesarias para determinar las causas del siniestro y sus circunstancias o que maliciosamente altere los daños o emplee pruebas o antecedentes falsos para acreditar los mismos, perderá todo derecho a indemnización, sin perjuicio de las responsabilidades legales que le correspondan (Artículo 48 de la Ley de Seguros).

Cláusula 6 - BIENES NO ASEGURADOS

A los efectos de esta cobertura, quedan excluidos del seguro:

Animales y plantas.

Moneda (papel o metálica). Oro, plata y otros metales preciosos, perlas y piedras preciosas no engarzadas, joyas,

manuscritos, documentos, papeles de comercio, títulos, acciones, bonos y otros valores.

Bienes consumibles o perecederos (incluyendo pero no limitando a alimentos, medicamentos, cosméticos, combustibles, explosivos).

Automotores, motocicletas, scooters, aeronaves, barcos, veleros y cualquier otro vehículo que requiera licencia para circular, como así también sus partes o accesorios.

Bienes adquiridos con fines comerciales, incluyendo insumos o herramientas para comercio o profesión.

Teléfonos celulares, agendas electrónicas y computadoras portátiles.

Equipos deportivos, durante su utilización.

Bienes usados, incluyendo antigüedades.



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			00000

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 Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONSUMIDOR FINAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 90.000

PROTECCION INTEGRAL - 417 - PLAN: BICICLETA PLAN 334
 Asegurado:
 WELLER ALEJANDRO

Riesgos y Sumas Aseguradas	
ROBO	\$ 90.000,00

FRANQUICIA: 20% DEL VALOR DEL SINIESTRO

AMBITO: Republica Argentina

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

Condiciones Generales Comunes

Cláusula 9 -DENUNCIA DEL SINIESTRO.

El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. En caso de pactarse un plazo mayor al indicado, ello se indicará expresamente en las Condiciones Particulares.

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.



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	VALIDEZ
----------	---------

NUEVA POLIZA

ASEGURADO

DOMICILIO

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
--------------	--------------	--------------------	--------------------------

CONSUMIDOR FINAL

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 90.000

Además, el Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.
 El Asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el Asegurado (Art. 46 - Ley de Seguros).

Robo

Cláusula 4 - CARGAS DEL ASEGURADO

Adicionalmente a lo establecido en las Condiciones Generales, queda entendido y convenido que, bajo pena de caducidad de los derechos indemnizatorios que otorga la presente cobertura, el Asegurado deberá cumplir con las siguientes cargas u obligaciones.

- a) Tomar las medidas de seguridad razonables para prevenir el siniestro.
- b) Denunciar sin demora a las autoridades policiales el acaecimiento del siniestro
- c) Una vez efectuado el reemplazo de los bienes siniestrados, conservar y facilitar al Asegurador los comprobantes de pago respectivos.

El Asegurado que, mediando culpa grave o dolo, deja de cumplir con las cargas de proporcionar a la Compañía las informaciones necesarias para determinar las causas del siniestro y sus circunstancias o que maliciosamente altere los daños o emplee pruebas o antecedentes falsos para acreditar los mismos, perderá todo derecho a indemnización, sin perjuicio de las responsabilidades legales que le correspondan (Artículo 48 de la Ley de Seguros).

Cláusula 6 - BIENES NO ASEGURADOS

A los efectos de esta cobertura, quedan excluidos del seguro:

- Animales y plantas.
- Moneda (papel o metálica). Oro, plata y otros metales preciosos, perlas y piedras preciosas no engarzadas, joyas,
- manuscritos, documentos, papeles de comercio, títulos, acciones, bonos y otros valores.
- Bienes consumibles o perecederos (incluyendo pero no limitando a alimentos, medicamentos, cosméticos, combustibles, explosivos).

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.



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

ASEGURADO

DOMICILIO

COND. DE IVA SOLICITUD Nº Nº DOC./Nº DE CUIT VENCIMIENTO PAGO CONTADO

CONSUMIDOR FINAL

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS SUMA ASEGURADA INICIAL

\$ 90.000

Automotores, motocicletas, scooters, aeronaves, barcos, veleros y cualquier otro vehículo que requiera licencia para circular, como así también sus partes o accesorios.
 Bienes adquiridos con fines comerciales, incluyendo insumos o herramientas para comercio o profesión.
 Teléfonos celulares, agendas electrónicas y computadoras portátiles.
 Equipos deportivos, durante su utilización.
 Bienes usados, incluyendo antigüedades.

Gastos de Producción

Gastos de Explotación

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

-A, M, F, RVC2I, RVP03, RVP04, RVP06, RVP09, A1010

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 facsimil 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				Desde 12 hs. del Hasta 12 hs. del

Cobertura 734 ROBO

NOMINA DE OBJETOS A CUBRIR POR ROBO

Objeto	Suma Asegurada
BICICLETA / MONOPATIN	\$90.000,00
T O T A L :	\$90.000,00



SEGURO DE RIESGOS VARIOS NOTA DE DEBITO

SECCIÓN	N° PÓLIZA	CTROL.	N°ENDOSO	CONCEPTO
RIESGOS VARIOS				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:	\$90.000,00	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 SERA DEBITADO DEL BANCO:

ENTIDAD :
 CENTRAL NRO.CBU.:

TIPO DE CAMBIO UTILIZADO: