

IMPORTANTE: A: POR FAVOR, COMPLETE LOS DATOS SOLICITADOS EN EL FORMULARIO Y ADJUNTE TODA LA INFORMACION COMPLEMENTARIA QUE SE SOLICITA. NO OLVIDE FIRMAR Y FECHAR AL PIE. **B:** LA INFORMACION QUE SE REGISTRE EN EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARACTER DE DECLARACION JURADA Y FORMA PARTE DE LA POLIZA, POR LO QUE CUALQUIER OMISION PUEDE SER CAUSAL DE NULIDAD POR MODIFICACION DE LA CALIDAD DEL RIESGO. **C:** EN CASO DE QUE NO EXISTA ESPACIO SUFICIENTE PARA ALGUNA PREGUNTA Y/O ACLARACION SIRVASE UTILIZAR NOTA ADJUNTA.

1. DATOS PERSONALES

AGENCIA N°

NOMBRE Y APELLIDO

CUIT/DNI CONDICION ANTE EL IVA FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO C.POSTAL VIVIENDA EN COUNTRY O SIMILAR SI NO LOTE

NOMBRE DEL COUNTRY O SIMILAR LOCALIDAD/PROVINCIA ACTIVIDAD

TELEFONO CELULAR CORREO ELECTRONICO

2. DATOS DE LA BICICLETA

MARCA Y MODELO DESDE HASTA

TIENE MOTOR SI NO DETALLAR CARACTERISTICAS

CANTIDAD DE CAMBIOS NUMERO/S IDENTIFICATORIO/S DE LA BICICLETA

RODADO COLOR SUMA ASEGURADA

OTRAS CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD

PARTICIPA DE COMPETENCIAS SI NO ESPECIFICAR DONDE

3. DATOS DE LA COBERTURA

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL \$200.000 + ROBO TOTAL

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL \$200.000 + COBERTURA COMPLETA

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL \$200.000 + COBERTURA COMPLETA + COBERTURA ADICIONAL PARA COMPETENCIAS

SE ADICIONA COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA BASICA: MUERTE E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE \$200.000

COBERTURA AMPLIA: MUERTE E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE \$200.000 + ASISTENCIA MEDICA FARMACEUTICA \$20.000

DETALLE SI TIENE ALGUNA INCAPACIDAD

BENEFICIARIOS HEREDEROS LEGALES

COSTO DEL SEGURO DE LA BICICLETA COSTO TOTAL (COSTO DE LA BICICLETA + COSTO ACCIDENTES PERSONALES)

4. FORMA DE PAGO

EL PAGO SE EFECTUA AL CONTADO

EL PAGO SE EFECTUA A TRAVES DE CBU N° EN CUOTAS

EL PAGO CON TARJETA VISA MASTERCARD NARANJA N° EN CUOTAS VENCIMIENTO

EL QUE SUSCRIBE DECLARA POR EL PRESENTE QUE LAS AFIRMACIONES ANTERIORES Y DEMAS PARTICULARES ESTAN COMPLETAS EN TODOS LOS ASPECTOS Y SON VERDADEROS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NINGUNA INFORMACION. CUALQUIER OMISION, AUN HECHA DE BUENA FE, DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL SOLICITANTE Y POSTERIOR ASEGURADO, SERA CONSIDERADA RETICENCIA, EN LOS TERMINOS PREVISTOS EN LA LEY DE SEGUROS 17.418 (ART. 5° Y SUBSIGUIENTES) Y HARA NULO EL CONTRATO DE SEGURO.

LUGAR Y FECHA FIRMA DEL ASEGURADO Y ACLARACION FIRMA RESPONSABLE AGENCIA Y ACLARACION

INSPECCION PREVIA DE BICICLETAS

COMPLETAR SOLO EN CASO DE BICICLETAS USADAS/TASACIONES

DATOS DEL ASEGURABLE

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASEGURABLE

DOMICILIO

CODIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

PAIS

NUMERO IDENTIFICATORIO EN EL CUADRO Y EN ALGUN OTRO LUGAR

COLOR

AÑOS DE ANTIGUEDAD

ESTADO DE LA BICICLETA

VALOR SEGUN FACTURA PRESENTADA

FECHA DE FACTURA

VALOR ESTIMADO POR LA AGENCIA

SE OBTUVIERON 1 FOTO 2 FOTOS

OTRAS OBSERVACIONES

FIRMA DEL INSPECTOR

ACLARACION