

# Solicitud de cambio de Domicilio INTEGRAL DE COMERCIO

Por favor completar todos los campos, sin tachaduras ni enmiendas.

## Datos personales del Asegurado

Nombre y Apellidos: .....

Documento tipo:  LE  LC  DNI N°  .....

CUIT del comercio: .....

Mail: ..... Teléfono de contacto: .....

Denominación en póliza: .....

Póliza: .....

## Datos del nuevo domicilio

Por la presente solicito se procese el cambio de domicilio asegurado a la siguiente dirección:

Calle: .....

Número/Altura: .....

Entre calles: .....

Barrio: ..... Localidad: ..... C.P: .....

Provincia: .....

## Preguntas de Asegurabilidad

Por favor, marque con una cruz (X) según corresponda:

### BIEN ASEGURADO:

**Manifiesto con carácter de declaración jurada que la totalidad de las respuestas dadas al siguiente cuestionario son completas, verídicas y reconozco que constituyen la condición de validez de este seguro.**

1. En la nueva ubicación de riesgo se sigue ejerciendo la misma actividad comercial.

Sí  NO

2. De ser NO la respuesta, indicar nueva actividad: .....

3. Metros Cuadrados Cubiertos construidos que posee el nuevo riesgo: ..... m2 cubiertos.

4. ¿Las paredes son de material (ladrillo, piedra y/o cemento) y los techos son sólidos (de azotea, cemento, pizarra, chapa, tejas, materiales equiparados a los mismos), permitiéndose una estructura portante de madera?

Sí  NO

5. ¿Todas las puertas de acceso cuentan con cerradura de tipo "doble paleta" o "bidimensionales"?

Sí  NO

6. ¿Cuenta con alarma con salida al exterior?

Sí  NO

7. ¿Cuenta con extintores?

SÍ  NO

Cantidad: ..... Clase: .....

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado aún hechas de buena fe, que a juicios de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato. (Art. 5. Ley de Seguros N° 17.418).

Lugar y fecha: ...../...../.....

.....  
Firma y aclaración del Asegurado

### ⚠ Requisitos

- Junto con este formulario firmado, adjuntar copia de DNI del titular.
- En caso de firmar con huella digital deberá adjuntar, además, copia de DNI y firma de un testigo, ajeno a las partes del contrato del seguro.

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:  
Por mail: [clientes@supervielleseguros.com](mailto:clientes@supervielleseguros.com)  
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599  
**de lunes a viernes de 9 a 21 hs.**

