

| | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|
| DATOS DEL TOMADOR | | | |
| Razón Social: | | | |
| CUIT N°: | | | |
| Condición de IVA: | | N° de Inscripción de IIBB: | |
| Mail: | | Teléfono: | |
| Sitio Web: | | | |
| Descripción del Riesgo | | | |
| Ubicación del Riesgo: | | Calle: | CP: |
| Localidad: | | Provincia: | |
| Antigüedad de la institución: | | Cantidad de Socios: | |
| Ubicación/es donde se desarrollarán las actividades y descripción del predio detallando medidas de seguridad con las que cuenta. (primeros auxilios, medios de traslado para el caso de accidentes, área protegida, vigilancia, plan de evacuación en caso de incendio, etc.) | | | |
| Descripción de actividades que se llevan a cabo incluyendo deportes que se practican. Aclarar si algún deporte que se practica es a nivel Profesional. | | | |
| Cantidad estimada de Concurrentes por Día: | | | |
| Edades comprendidas: | | | |
| Cantidad de Profesores/responsables por área y/o Deporte: | | | |
| Mencionar como se controla el ingreso y el egreso del lugar: | | | |
| ¿Posee salón de usos múltiples para la realización de fiestas o eventos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| En caso afirmativo indicar dimensiones, descripción del mismo, indicar si hay escenarios, accesos y egresos, tipo de eventos que se realizan, etc. | | | |
| ¿Cuenta con servicio médico?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Cuenta con servicio de ambulancia y/o servicio del tipo "Área Protegida"?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se exige Autorización Médica para realizar actividades físicas?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | ¿Se organizan campamentos y/o excursiones? Si <input type="checkbox"/> Dónde: _____ No <input type="checkbox"/> | |
| | | ¿Se solicita Autorización Especial? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Posee Pileta de Natación?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| En caso afirmativo, indicar: | Largo: | Ancho: | Profundidad Máxima: |
| ¿Posee Trampolines? | Si <input type="checkbox"/> | Cantidad: | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con guardavidas habilitado? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se le exige la constancia de habilitación actualizada? | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Antecedentes Siniestros

| Fecha de Ocurrencia | Motivo del Reclamo | Importe Reclamado y/o Indemnizado | Estado Actual (Juicio, Mediación, Etapa Procesal, Cerrado) |
|---------------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN;
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N.º 21.526;
- c) Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N.º 25.065;
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SSN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.º 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o Tomador a favor de la Aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente apartado.

Autorización Pago Débito Automático: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito en un todo de acuerdo a la resolución N.º 21.900 de la Superintendencia de Seguros De la Nación.

| | |
|--------------------|-------------------|
| Tarjeta de Crédito | CBU |
| Nº Tarjeta: | Nº CBU: |
| Vencimiento: | Tipo de Cuenta: |
| Entidad Bancaria | Entidad Bancaria: |

Límite de indemnización requerido:

| | | |
|--|--|--------|
| Suma Asegurada (mínimo pesos doscientos cincuenta mil \$250.000,00): | | |
| Sin reposiciones | Franquicia: 5% de la suma asegurada contratada por reclamo o evento. | |
| Vigencia del seguro: | Desde: | Hasta: |
| Plan de pago: | | |

La presente declaración se considera integrada a la futura póliza (en caso de ser contratada) que cubrirá los riesgos indicados. Toda reticencia, declaración inexacta o no veraz, implicará la nulidad del seguro y la pérdida de derechos del Asegurado a ser indemnizado (art. 5 a 10º de la Ley de Seguros). La aceptación de la presente declaración no implica aceptación del riesgo. El único documento válido es la póliza (art. 4º de la Ley de Seguros).

| | |
|-------------|-----------------|
| Firma: | Fecha: _____ |
| Aclaración: | Lugar: _____ |
| Productor: | Comisión: _____ |

IMPORTANTE: En caso de contratar el seguro solicitado, deberá acompañar la presente solicitud con los formularios UIF y PEP correspondientes, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web: <http://www.webtpc.com/>