

| DATOS DEL TOMADOR | | | |
|--|--|------------|--------------|
| Razón social | | | |
| Domicilio legal | | Ciudad: | |
| Provincia: | | | |
| Teléfono | | Mail: | |
| Posición ante IVA: | | CUIT: | |
| Ubicación del Riesgo: | | | |
| Ciudad: | | Provincia: | |
| | | | |
| Descripción completa del Riesgo | | | |
| | | | |
| | | | |
| Dimensiones: | | Largo: | Ancho: |
| | | | Profundidad: |
| ¿Posee trampolines? | | Si: | Cantidad: |
| | | | No: |
| ¿Funciona todo el año? | | Si: | Horario: |
| | | | No: |
| Cuenta con guardavidas habilitado | | | Si: No: |
| Se le exige la constancia de habilitación actualizada | | | Si: No: |
| Se realizan competencias amateurs | | | Si: No: |
| Cuenta con servicio médico | | | Si: No: |
| Cuenta con servicio de ambulancia y/o servicio del tipo "Área Protegida" | | | Si: No: |
| Desea incluir el adicional de suministro de alimentos y/o bebidas | | | Si: No: |

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:

- Entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN;
 - Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N.º 21.526;
 - Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N.º 25.065;
 - 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 |
| N° Tarjeta: | N° CBU: |
| Vencimiento: | Tipo de Cuenta: |
| Entidad Bancaria | Entidad Bancaria: |

Límite de indemnización requerido

| | | | |
|---------------------------|-------------------|------|------|
| Suma asegurada requerida: | | | |
| Reposiciones: | Sin Reposiciones: | Una: | Dos: |

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/>