

DATOS DEL TOMADOR			
Nombre Del Tomador:			
Razón Social:			
CUIT N°:			
Condición de IVA:		N° de Inscripción de IIBB:	
Mail:		Teléfono:	
Sitio Web:			
Domicilio Legal:		CP:	
Localidad:		Provincia:	
Descripción del Riesgo			
Ubicación del Riesgo:		Calle:	CP:
Localidad:		Provincia:	
N° de Habilitación:		Organismo que la expidió:	
Posee Experiencia en la Actividad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cuántos Años:	
Descripción detallada del predio:			
Descripción de las actividades que se llevarán a cabo incluyendo deportes que se practicarán:			
Cantidad de Profesores que trabajan en la Colonia por Turno:			
Cantidad de niños que concurren diariamente:		Cantidad de Turnos:	
Indicar documentación exigida a los padres para que los menores sean admitidos en la Colonia:			
¿Se lleva un registro de asistencia?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuenta con servicio médico?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Se exige Autorización Médica para realizar actividades físicas?: 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"/>	
¿Desea incluir el adicional de suministro de alimentos y/o bebidas?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se organizan campamentos y/o excursiones? 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:

- 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
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:	
Vigencia del seguro:	Desde:	Hasta (máximo 3 meses):
Plan de pago (máximo 2 cuotas)		

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/index.php/servicios/formularios>