

<b>DATOS DEL TOMADOR:</b>			
Nombres y Apellidos:			
Tipo y Número de Documento:		CUIT:	
Condición de IVA:		Condición de IIBB:	
Mail:		Teléfonos:	
Sitio Web:			
Domicilio Particular:			CP:
Localidad:		Provincia:	
<b>DATOS DEL ALUMNO:</b>			
Nombres y Apellidos:			
Tipo y Número de Documento:			
Mail:		Teléfono:	
Domicilio Legal:			CP:
Localidad:		Provincia:	
<b>Coasegurado:</b> Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.			

Producto:	Responsabilidad Civil del Acompañante Terapéutico, exclusivamente por los daños o lesiones que pudiera ocasionar a Terceros como consecuencia directa de los hechos acaecidos con motivo de la concurrencia y/o permanencia del mismo en su calidad de Auxiliar de terapia Externa y/o Acompañante de un menor, que asiste como alumno regular al Establecimiento Educativo.		
Nombre del establecimiento educativo:			
Mail:	Teléfonos:		
Página Web:			
Domicilio Legal:			CP:
Localidad:	Provincia:		
Límite de Indemnización requerida:	(mínimo pesos \$250.000)		
Reposiciones:	Sin Reposiciones:	Una:	Dos:
Vigencia del Seguro	Desde: ___/___/___	Hasta: ___/___/___	

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;

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 (Visa, Master, Amex)		CBU (22 números)	
Nº Tarjeta:		Nº CBU:	
Vencimiento:		Tipo de Cuenta:	
Entidad Bancaria		Entidad Bancaria:	

### DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.

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/>