

ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO - SOLICITUD DEL CONTRATANTE

DATOS DEL TOMADOR:

- Nombre y Apellido o Razón Social:
- Domicilio: Localidad:
- Provincia: C.P.:
- CUIT/CUIL: Condición Frente al IVA:
- Dirección de email: Teléfono:
- Actividad: Fecha de nacimiento (personas físicas): / / 20.....
- Lugar donde presta habitualmente sus servicios el personal a asegurar:

VIGENCIA DESDE:/...../ 20.....

VIGENCIA HASTA:/...../ 20.....

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

ÁMBITO DE LA COBERTURA SOLICITADA: (marcar lo que corresponda)

- COBERTURA 24 HORAS
- COBERTURA HORARIO LABORAL Y TRAYECTO IN ITINERE
- COBERTURA HORARIO LABORAL EXCLUSIVAMENTE

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA: (marcar lo que corresponda)

- Beneficiario Designado por cada persona asegurada
- Herederos Legales de cada persona asegurada
- El Contratante

DECLARACIONES:

1.

a) Naturaleza del establecimiento:

b) Ocupación del Personal a asegurarse (indique cantidad de personas):

- Administrativo exclusivamente:
- De Dirección, de vigilancia y/o venta de artículos al público, pero sin tomar parte en trabajos de manipulación y/o elaboración:
- Que toman parte en trabajos de manipulación y/o elaboración, aún excepcionalmente:
- CANTIDAD DE ASEGURADOS: (Adjuntar nómina).

c) Clase de los útiles mecánicos con los cuales trabaja el personal a asegurarse (o parte del mismo) y fuerza motriz empleada:

d) ¿Posee el Personal a asegurarse alguna Obra Social o Medicina Prepaga? SI / NO

De responder en forma afirmativa, se solicita informar cuál y qué plan posee:

e) ¿Existe entre el personal a asegurarse quienes ejerzan, además de las ocupaciones declaradas más arriba, alguna otra, o realicen manipulaciones de sustancias conocidas como peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.?

2. ¿Han ocurrido entre el personal a asegurarse accidentes que, de haber existido el seguro que se solicita, hubieran sido cubiertos por el mismo? SI /NO Indíquese el número y la importancia de los mismos:

3. ¿Tiene, ha tenido o está tramitando para su personal otros seguros de Accidentes Personales? SI / NO
 Dar detalles en la planilla de personal que deberá adjuntar a la presente solicitud:

4. ¿Hay quienes declaran ser zurdos? SI / NO (detallar)

5. ¿Existe entre las personas a asegurarse quienes:

- a) ¿Padezcan o hayan padecido enfermedades orgánicas graves o accidentes? SI / NO
- b) ¿Tengan defectos físicos? SI / NO Especificar cuáles:.....
- c) ¿Tengan algún defecto visual? SI / NO Especificar cuál y en qué medida:
- d) ¿Sean sordos, total o parcialmente? SI / NO
 Indíquese con respecto a cada uno de los oídos:
- e) ¿Se encuentren adheridos a alguna Obra Social o Cobertura médica? SI / NO
 En caso afirmativo, especificar quienes junto con el porcentaje de cobertura que les ofrece la misma:

6. ¿En qué riesgos y por qué sumas desea asegurar al personal propuesto?:

COBERTURA	SI / NO	SUMA ASEGURADA
Muerte por enfermedad o accidente	-----	\$
Cláusula de Invalidez total y/o parcial permanente por accidente		\$
Cláusula de reintegro de gastos por asistencia médica y farmacéutica ¹		\$
Cláusula de renta diaria por internación como consecuencia de accidente		\$
Cláusula de quemaduras graves- Cobertura taxativa		\$
Cláusula de reintegro de gastos por provisión de prótesis y/u órtesis ²		\$
Cláusula para la incorporación de cónyuges o convivientes al seguro- Cobertura de fallecimiento		\$
Cláusula para la incorporación de cónyuges ³ o convivientes al seguro		\$

7. Desea cubrir además, mediante las extraprimas correspondientes, algún o algunos de los siguientes riesgos adicionales:

- a) ¿La práctica de otros deportes que no sean los enumerados en las Condiciones Generales? (Indique cuáles)
- b) ¿El uso de motocicletas u otros vehículos similares?
- c) ¿Ser pasajero en vuelo no regular?
- d) ¿La práctica no profesional de deportes acuáticos?
- e) ¿La práctica profesional de cualquier deporte?
- f) ¿Los accidentes de tránsito?
- g) ¿Los trabajos en altura?

¹ Para aquellos asegurados que posean Obra Social o Medicina Prepaga la cobertura operará por sobre los gastos cubiertos por la misma, incluyendo el importe no cubierto de medicamentos recetados.
² Para aquellos asegurados que posean Obra Social o Medicina Prepaga la cobertura operará por sobre los gastos cubiertos por la misma, incluyendo el importe no cubierto de prótesis u órtesis.
³ Ningún cónyuge podrá contar con más coberturas o una cobertura más alta que la del Asegurado Titular.

FORMA DE PAGO:

- Cheque
- Tarjeta de Crédito N°: Vto.: Cod. Seg.: Titular:
- CBU N°: Titular: CUIT:
- Otros medios de pago:

FACTURACIÓN: única - anual - mensual - trimestral - semestral (tachar lo que no corresponda)**CANTIDAD DE CUOTAS:** (detallar)

La presente solicitud se formula en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que correspondan de acuerdo al seguro solicitado, que declaramos conocer y aceptar en todas sus partes.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:

Dejamos expresa constancia que el Asegurador podrá efectuar la entrega de la documentación relacionada con el presente seguro por los siguientes medios electrónicos:

- a) Página institucional de Internet del Asegurador: www.segurosgestion.com.ar
- b) Correo electrónico del asegurado y/o tomador:.....

Habiendo consignado correo electrónico dejamos expresa constancia de nuestra aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarnos por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro que por la presente solicitamos. El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

MEDIOS DE PAGO HABILITADOS - Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía.**Artículo 1** - 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 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN 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° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
- e) 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 artículo.

Artículo 2 - Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.**Artículo 5 de la Ley N° 17.418:** "Toda Declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato"**IMPORTANTE:** Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo: El Tomador asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

En _____ a los _____ días de _____ de 20__.

.....
Firma y aclaración del Contratante

Productor:N°: