

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74 - SOLICITUD DEL TOMADOR**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.....

VIGENCIA DESDE: / / 20.....**MONEDA DEL CONTRATO:** PESOS**CANTIDAD DE ASEGURADOS:** (Adjuntar nómina de personal declarado ante el S.U.S.S.)**ASEGURABLES:** Vínculo con el Tomador: **Personal en relación de dependencia****PERSONAL CUBIERTO:** (indicar si se trata de personal declarado en el SUSS, o de trabajadores domésticos) **Personal declarado ante el Sistema Único de la Seguridad Social**

El premio correspondiente al seguro será declarado e ingresado mensualmente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.

 Trabajadores Domésticos

El premio correspondiente al seguro de los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844 será abonado directamente a la Compañía.

FORMA DE PAGO: (solamente para el caso de los Trabajadores Domésticos)

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

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

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.

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”

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

.....
Firma y aclaración del Contratante

Productor:Nº: