

VIDA COLECTIVO
SOLICITUD DE SEGURO

(Uso exclusivo para solicitudes de seguros nuevos o endosos)

FECHA	POLIZA N°	NUEVO	ANULACION	ENDOSO	SECCION
		☐	☐	☐	18
COD. ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO DEL TOMADOR / EMPLEADOR				
DOMICILIO COMPLETO			CODIGO POSTAL	TELÉFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRONICO		N° C.U.I.T.	
CONDICION FRENTE AL I.V.A.					
RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ RESPONSABLE NO INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐					
OPERA EN EL RAMO DE					DESDE EL
INSCRIPCION PATRONAL					
COD. PRODUCTOR	PRODUCTOR	COD. ORGANIZADOR	ORGANIZADOR		
VIGENCIA DESDE	PRIMA	DERECHOS EMISION	SELLADO	PREMIO	
SUMA ASEGURADA	MONEDA	RECARGO	COMISION	FACTURACION	

BASE PARA LA DETERMINACION DE LOS CAPITALS ASEGURADOS

		CAPITAL POR PERSONA				ADICIONALES	
A) CAPITAL UNIFORME DE:						INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	
B) POR ESCALA DE:		SUELDOS:		CANT. DE MULTIPLOS		POR ACCIDENTE	
		EADAES:				POR ACCIDENTE Y PERDIDAS FISICAS PARCIALES	
		OTROS:				CONYUGE	
C) SEGURO DE DEUDORES:		PLAZO MAX. DE CANC. DE DEUDA (AÑOS):		CANT. DE CUOTAS:		OTROS	
		CAPITAL MAXIMO ASEGURADO:					
		CAPITAL MINIMO ASEGURADO:					
D) AYUDA DE GASTOS DE SEPELIO:		CAPITAL					
E) SEGURO EDUCACIONAL:		VALOR CUOTA:		CANT. AÑOS LECTIVOS:		LA RECEPCION DE ESTA PROPUESTA NO OTORGA COBERTURA HASTA TANTO NO SEA EVALUADA LA ACEPTACION DEL RIESGO.	
F) OTROS:							

CONTINUA AL DORSO ►

LA TOTALIDAD DEL PERSONAL ASEGURABLE SE COMPONE DE:	PERSONAS	ADMINISTRATIVOS:
		TECNICOS:
		OPERARIOS:

INFORMACION GENERAL	SI	NO	DETALLAR
ESTA INCLUIDA EN LA NOMINA LA TOTALIDAD DEL PERSONAL EN ACTIVIDAD DEL GRUPO ASEGURABLE? EN CASO NEGATIVO, INDICAR EL NUMERO DE EMPLEADOS O ASEGURABLES QUE NO PARTICIPAN.			
COMPRENDE EL SEGURO OBLIGATORIAMENTE A LA TOTALIDAD DEL PERSONAL O ASEGURABLES?			
SE EXIGEN REQUISITOS MEDICOS PARA LA INCORPORACION DEL PERSONAL O ADHERENTES A LA EMPRESA? EN CASO AFIRMATIVO INDICAR EN QUE CONSISTEN.			
ES REALIZADO POR INTERMEDIO DE UN MEDICO PARTICULAR O DE ESA ENTIDAD?			
EL PAGO DE LAS PRIMAS ESTARA A CARGO DEL TOMADOR DE LA POLIZA?			
LA CONCRECION DE ESTE SEGURO TENDRA POR OBJETO AFECTAR LOS CAPITALES ASEGURADOS A FIN DE CUBRIR OBLIGACIONES LEGALES DEL EMPLEADOR? EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR.			
EXISTE CONTRATADA ALGUNA POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO? EN CASO AFIRMATIVO INVOCAR COMPAÑIA ASEGURADORA, RIESGO CUBIERTO Y CAPITALES ASEGURADOS.			

NOMINA DE PERSONAL						
N° Orden	Nombres y Apellidos completos (sin iniciales)			Fecha nacimiento	Fecha Ingreso	Capital / Sueldo
Domicilio completo		Localidad	Provincia	Cod. Postal	Número (L.E. / L.C. / DNI / O.C.I. / C.U.I.L.)	
Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Teléfono		Correo electrónico	
		M ☐ F ☐				

Nº Orden	Nombres y Apellidos completos (sin iniciales)		Fecha nacimiento	Fecha Ingreso	Capital / Sueldo
	Domicilio completo	Localidad	Provincia	Cod. Postal	Número (L.E. / L.C. / DNI / O.C.I. / C.U.I.L.)
	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Teléfono	Correo electrónico
			M ☐ F ☐		

 Firma del PRODUCTOR

 Firma y sello del TOMADOR/EMPLEADOR

 Aclaración

 Aclaración

NOMINA DE PERSONAL

CAJA DE AHORRO ☐	CUENTA CORRIENTE ☐	TARJETA DE CREDITO ☐
---	---	---

PARA CREDITO EN CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO	
CBU N°:	BANCO:

Autorizo a Plenaria Seguros S.A. a solicitar a la entidad bancaria emisora de la Tarjeta de Crédito y/o de la CBU, la adhesión al sistema de facturación automática en cuenta, aceptando que sean incluidos en el resumen de cuenta y/o debitando en forma directa y automática, el pago de las cuotas por la cobertura contratada en este seguro. Asimismo, faculto a Plenaria Seguros S.A. a presentar esta autorización ante la entidad emisora indi-cada a efectos de cumplimentar la misma. La aceptación de la presente solicitud por parte de Plenaria Seguros S.A., no implica la aceptación automática de la cobertura ni la cancelación automática de los premios, ni novación de la deuda. Ante la imposibilidad de concretarse el débito en el resumen de la tarjeta de crédito, por decisión de la entidad emisora relacionada con la vigencia, validez y límites de la tarjeta de crédito y/o de las cuentas corrientes y/o de ahorro del suscripto, me comprometo a efectuar el pago por alguna otra vía ante solo requerimiento de Plenaria Seguros S.A.

La falta de pago de la prima por las razones expuestas hará suspender en forma automática la vigencia de la cobertura, en tal caso y ante la regularización de su deuda, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero horas del día siguiente en que se efectivice el pago. Esta solicitud puede quedar sin efecto por voluntad del firmante, mediante comunicación fehaciente a Plenaria Seguros S.A.

ADVERTENCIA: Conforme disponen las resoluciones N° 429/2000, 90/2001 y 4071/2001 del Ministerio de Economía y N° 27627 y 28268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (S.S.N.), los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son: a) entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos; b) entidades bancarias, pago en ventanilla o débito en cuenta; c) tarjeta de créditos o compras; d) medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la S.S.N. a cada entidad de seguros. Las entidades aseguradoras solo podrán considerar cumplida la obligación de pago del premio de los contratos de seguros, cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas enumerados en el párrafo anterior.

MASTERCARD ☐	VISA ☐	AMERICAN EXPRESS ☐	DINERS ☐
TARJETA N°:	BANCO EMISOR:	FECHA VENCIMIENTO:	

 Firma del Solicitante

 Firma del Titular de la Tarjeta o Cuenta

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----