

VIDA COLECTIVO
SOLICITUD DE SEGURO
(Uso exclusivo para solicitudes de seguros nuevos o endosos)

FECHA	POLIZA N°		NUEVO	ANULACION	ENDOSO	SECCION
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
COD. ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO DEL TOMADOR / EMPLEADOR					
DOMICILIO COMPLETO			CODIGO POSTAL		TELÉFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRONICO			Nº C.U.I.T.	
CONDICION FRENTE AL I.V.A.						
RESPONSABLE INSCRIPTO <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE NO INSCRIPTO <input type="checkbox"/>		EXENTO <input type="checkbox"/>	MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/>	
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 CAPITALES ASEGURADOS

CAPITAL POR PERSONA				ADICIONALES	
A) CAPITAL UNIFORME DE:				INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	
B) POR ESCALA DE:				POR ACCIDENTE	
C) SEGURO DE DEUDORES:				POR ACCIDENTE Y PERDIDAS FISICAS PARCIALES	
D) AYUDA DE GASTOS DE SEPELIO:				CONYUGE	
E) SEGURO EDUCACIONAL:		VALOR CUOTA:	CANT. AÑOS LECTIVOS:	OTROS	
LA RECEPCION DE ESTA PROPUESTA NO OTORGA COBERTURA HASTA TANTO NO SEA EVALUADA LA ACEPTACION DEL RIESGO.					

CONTINUA AL DORSO ►

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

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.			

"DECLARO BAJO JURAMENTO: a) Sobre la licitud y origen de los fondos a aplicarse a la operación que se indica en la presente propuesta, y que provienen de la actividad declarada (art.13 punto II inc c) de la Resol. N°230/2011 de la UIF del 12/12/2011); b) Que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO (tachar lo que no corresponda) me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la UIF; c) Asimismo asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de nueva declaración jurada" (art. 2º de la Reso. N° 11/2011 de la UIF del 13/01/2011)".

NOMINA DE PERSONAL (Adjuntar lista con los siguientes datos)

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			

Firma del PRODUCTOR

Firma y sello del TOMADOR/EMPLEADOR

Aclaración

Aclaración

PARA DÉBITO EN CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO		
CBU N°:	BANCO:	
CAJA DE AHORRO <input type="checkbox"/>	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>	TARJETA DE CREDITO <input type="checkbox"/>

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, faculta a Plenaria Seguros S.A. a presentar esta autorización ante la entidad emisora indicada 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 <input type="checkbox"/>	VISA <input type="checkbox"/>	AMERICAN EXPRESS <input type="checkbox"/>	DINERS <input type="checkbox"/>
TARJETA N°:	BANCO EMISOR:		FECHA VENCIMIENTO:

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Firma del Solicitante

Firma del Titular de la Tarjeta o Cuenta