

Solicito a PREVINCA SEGUROS S.A. (en adelante denominada “la compañía”), la emisión de una póliza de Seguro, con el objeto de asegurar, de acuerdo a las condiciones de la Cotización N°: _____ a todas las personas de existencia visible, que cumplan los requisitos de edad y asegurabilidad exigidos por la Compañía y que se encuentren vinculados a:

| 1) DATOS EN CASO DE CONTRATANTE/TOMADOR PERSONA JURÍDICA: | |
|--|---------------|
| Denominación o Razón Social: | |
| CUIT (clave única de identificación tributaria) ó CDI (clave de identificación): | |
| Domicilio Legal (calle, número, localidad, provincia y código postal): | |
| Dirección de Correo Electrónico: | |
| Actividad Principal: | |
| Condición IVA: <input type="checkbox"/> IVA Responsable Inscripto <input type="checkbox"/> IVA Responsable no Inscripto <input type="checkbox"/> IVA no Responsable <input type="checkbox"/> IVA Sujeto Exento | |
| <input type="checkbox"/> Consumidor Final <input type="checkbox"/> Responsable Monotributo <input type="checkbox"/> Otros: | |
| 2) DATOS EN CASO DE CONTRATANTE/TOMADOR PERSONA FÍSICA: | |
| Nombre y Apellido completos: | |
| Fecha de Nacimiento: | Nacionalidad: |
| Sexo: | Estado Civil: |
| Actividad Laboral o Profesión: | |
| Tipo y N° Documento (DNI, LC, LE, CI o Pasaporte vigente): | |
| CUIL (cod.único de ident. laboral) CUIT (clave única de identificación tributaria) ó CDI (clave de identificación): | |
| Domicilio real (calle, número, localidad, provincia y cód. postal): | |
| N° Teléfono: | |
| Dirección de correo electrónico: | |
| Condición IVA: <input type="checkbox"/> IVA Responsable Inscripto <input type="checkbox"/> IVA Responsable no Inscripto <input type="checkbox"/> IVA no Responsable <input type="checkbox"/> IVA Sujeto Exento | |
| <input type="checkbox"/> Consumidor Final <input type="checkbox"/> Responsable Monotributo <input type="checkbox"/> Otros: | |

- En caso de tratarse de un traspaso de póliza, se deberá adjuntar copia de la póliza vigente en la anterior aseguradora y la nómina del personal con capitales asegurados vigentes.

- Para pólizas de Accidentes Personales con fines deportivos de vigencia superior a un mes, completar a continuación:

Días y Horario de prácticas y eventos deportivos: _____

Domicilio del establecimiento: _____

Advertencias:

“Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún 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” (Artículo 5º - primer párrafo de la Ley Nº 17.418).

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, Cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web: <http://www.previncaseguros.com.ar/#/atencion-al-asegurado>.

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Para consultas o reclamos, comunicarse con Previnca Seguros S.A. al 0810-345-0049.

De acuerdo al art. 1º de la Resolución ME Nº 429/00, según texto de la Resolución ME Nº 407/01, 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 Superintendencia de Seguros de la Nación.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nº 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 25.065.
- 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 Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o contratante a favor de la entidad aseguradora.

Los productores asesores de seguros Ley Nº 22400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el art 1 de la Resolución del Ministerio de Economía Nº 407/2001.

Esta solicitud está sujeta a la aprobación de “Previnca Seguros S.A.” y no establece vínculo contractual alguno hasta su aceptación por la Cía.

Observaciones:

Dejo/amos constancia que los datos consignados precedentemente son completos y verídicos y declaro/amos nuestro acuerdo a efectos de que la presente solicitud sirva de base para la emisión de la póliza respectiva, cuyas condiciones son de nuestro conocimiento y a las cuales damos conformidad.