

Razón Social:

Domicilio Legal: Calle

Ciudad:

Provincia:

Tel. N°:

E-mail:

Posición ante IVA:

C.U.I.T.:

Ing. Brutos:

Ubicación del riesgo:

Ciudad:

Provincia:

Número de Habilitación y Organismo que la expidió:

Posee experiencia en la actividad: SI

NO

Cuantos años:

Descripción completa del predio:

Descripción de actividades que se llevarán a cabo incluyendo deportes que se practicarán:

Cantidad de Profesores que trabajan en la Colonia por Turno:

Cantidad de niños que concurren diariamente:

Cantidad de Turnos:

Indicar documentación exigida a los padres que los menores sean admitidos en la Colonia :

Se lleva un registro de asistencia :

SI

NO

Se exige autorización médica para realizar actividades físicas :

SI

NO

Cuenta con servicio médico :

SI

NO

Cuenta con servicio de ambulancia y/o servicio del tipo "Area Protegida":

SI

NO

Desea incluir el adicional de suministro de alimentos y/o bebidas :

SI

NO

Si posee pileta de natación mencionar : Largo :

Ancho :

Profundidad máxima :

Posee trampolines :

SI

NO

Cantidad :

Cuenta con guardavidas habilitado :

SI

NO

Se le exige la constancia de habilitación actualizada :

SI

NO

Se organizan campamentos y/o excursiones :

SI

NO

Donde se realizan : .....

Que duración tienen normalmente : .....

Se solicita autorización especial : .....

Suma asegurada por acontecimiento : .....

Vigencia del seguro : .....

**Experiencia Siniestral :** .....

Detallar los siniestros, reclamos o hechos que puedan generar siniestros de los últimos tres años,  
indicando causa, importe reclamado, pagos y situación actual de los mismos : .....

La presente declaración se condisera integrada a la futura póliza (en caso de ser contratada) que cubrirá los riesgos indicados. Toda reticencia, declaración inexacta o no veraz, implicará la nulidad del seguro y la pérdida de derechos del Asegurado a ser indemnizado (art. 5 a 10º de la Ley de Seguros). La aceptación de la presente declaración no implica aceptación del riesgo. El único documento válido es la póliza (art. 4º de la Ley de Seguros).

Lugar y Fecha : .....

.....  
Firma del Asegurado

.....  
Aclaración