



SAI Nro.



LUGAR:, FECHA:

Solicitud de Servicios de Asistencia

....., D.N.I., con domicilio en solicita a Tinuviel S.A., con domicilio en 25 de Mayo 195 Piso 5° de la Ciudad de Buenos Aires, la contratación de Servicios de Asistencia.

1.- OBJETO.

El servicio de asistencia comprenderá la cobertura de la prestación seleccionada en la presente solicitud.

2.- PRESTADOR.

El prestador de los servicios será Tinuviel S.A., quién tendrá la facultad de celebrar contratos de prestación de servicios con otros proveedores, para que el solicitante pueda acceder a la cobertura seleccionada.

3.- FORMAS Y CONDICIONES.

Las coberturas poseen condiciones particulares publicadas en la página web de Tinuviel Servicios (www.tinuvielservicios.com.ar) que el solicitante será responsable de conocer previo a la firma de la presente solicitud de servicios. Para obtener mayor información y/o solicitar asistencia telefónica se podrá comunicar al 0810-345-1033 y/o vía mail a servicios@tinuvielsa.com.ar

4.- PRECIO.

El solicitante abonará a Tinuviel S.A., en concepto de las coberturas seleccionadas, la suma mensual de **Pesos Diez (\$ 10) IVA incluido** por cada servicio seleccionado. Tinuviel S.A. se reserva el derecho de ajustar el precio anualmente, con una notificación previa de 60 días.

5.- FORMA DE PAGO.

El solicitante abonará el precio mediante el denominado sistema de débito en cuentas bancarias (caja de ahorro/cuenta corriente/sueldo), que instruye y ordena en forma irrevocable a Tinuviel S.A., y/o a los agentes de cobro que éste considere pertinentes, a debitar en la cuenta bancaria N.º..... CBU, durante el término de meses la cuota mensual por un monto de Pesos Diez (\$ 10) IVA incluido.

6.- VIGENCIA.

La vigencia de los servicios será de meses contados desde la presentación de la solicitud.



7.- INCUMPLIMIENTOS.

La falta de pago de una cuota ocasionará la suspensión del servicio de asistencia. Para el restablecimiento del mismo, deberá abonar las cuotas adeudadas.

8.- DOMICILIO.

Para todos los efectos judiciales y/o extrajudiciales derivadores de la presente contratación de servicios, las partes constituyen domicilios especiales en los lugares indicados al inicio de la solicitud, donde serán válidas todas las notificaciones que se efectúen.

Por medio de la presente solicito, marcando con una cruz, la contratación del siguiente servicio de asistencia (*):


(Precio mensual \$ 10 IVA incluido)

- Servicio de Asistencia Legal
- Servicio de Asistencia Odontológica de Urgencia
- Servicio de Visitar Médicas Programadas
- Servicio de Asistencia al Vehículo
- Servicio de Descuento en Farmacias


(Precio mensual \$ 10 IVA incluido)

- Servicio de Asistencia al Viajero Nacional
- Servicio de Asistencia al Hogar
- Servicio de Asistencia en la Vía Pública
- Servicio de Línea de Información Médica

(* Las condiciones y alcances de las coberturas de los servicios se encuentran publicadas en la pagina web www.tinuvielservicios.com.ar

FIRMA DEL SOLICITANTE:

ACLARACIÓN:

D.N.I.: