

**SOLICITUD - SEGURO DE VIDA CON INVERSIÓN**
**PRODUCTOR/ASESOR**

Apellido y Nombre / Razón Social \_\_\_\_\_

Organizador \_\_\_\_\_ Productor \_\_\_\_\_ Vendedor \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: DATOS DEL TOMADOR Y ASEGURADO**
**SOLICITUD DE SEGURO**

COTIZACIÓN	ASOCIADO	FECHA	VIGENCIA		SELLO DE ENTRADA
			desde	hasta	

La fecha indicada como inicio de vigencia únicamente será válida si el pago total o parcial se realiza con anterioridad a la misma, de no ser así la cobertura se iniciará en el mismo momento en que el pago referido se efectivice.

**TOMADOR**

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Tipo de personería:**  Persona Humana  Sociedad De Hecho  Sociedad Anónima  Cooperativa  S.R.L.  Otros.

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

 C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_ Condición IVA \_\_\_\_\_ **Actividad** \_\_\_\_\_

Fecha y Nro. de Inscripción Registral \_\_\_\_\_

Fecha del contrato o escritura de Constitución \_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal** \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

**Domicilio de Correspondencia** \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

 Entrega de póliza por medio electrónico: Sí  No 

Residencia Fiscal en otro País \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ ID Fiscal \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL (completar solo en el caso de que el tomador sea una Persona Jurídica)**

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_ Condición IVA \_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal** \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

 Entrega de póliza por medio electrónico: Sí  No  Actividad \_\_\_\_\_

Residencia Fiscal en otro País \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ ID Fiscal \_\_\_\_\_

**PROPUESTO ASEGURADO**

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_ Condición IVA \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_

Fecha y Nro. de Inscripción Registral \_\_\_\_\_

Fecha del contrato o escritura de Constitución \_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal** \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

**Domicilio de Correspondencia** \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Entrega de póliza por medio electrónico: Sí  No 

Residencia Fiscal en otro País \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ ID Fiscal \_\_\_\_\_

**CUMPLIMIENTO RG 167 AFIP** (Solamente cumplimentar en el caso de personas humanas, sociedades irregulares o de hecho).**PERSONAS HUMANAS**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_

Período que figura en el comprobante presentado \_\_\_\_\_

¿Exhibió aporte? Sí  No  ¿Presentó documento que justifique exclusión? Sí  No **PERSONAS HUMANAS**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_

Período que figura en el comprobante presentado \_\_\_\_\_

¿Exhibió aporte? Sí  No  ¿Presentó documento que justifique exclusión? Sí  No **SOCIEDADES IRREGULARES O DE HECHO**

Apellido y Nombre del Socio \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_

Período que figura en el comprobante presentado \_\_\_\_\_

¿Exhibió aporte? Sí  No  ¿Presentó documento que justifique exclusión? Sí  No

## COBERTURA

Por la presente solicito las coberturas que se indican a continuación, con las sumas aseguradas máximas consignadas en el cuadro. El otorgamiento de la cobertura de este Seguro queda sujeto a la aprobación de la Solicitud por parte de SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, de acuerdo con los requerimientos de la Cooperativa.

PRODUCTO VIDA INVERSIÓN

MONEDA: \_\_\_\_\_

SUMA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

OPCIÓN DE BENEFICIO POR FALLECIMIENTO: A  B

## SUMA ASEGURADA MÍNIMA:

Coberturas Adicionales	SÍ	NO	Suma Asegurada	Condiciones / Edades Mínima y Máxima de Ingreso	Edad de Terminación
Adelanto por Enfermedades Terminales (sustitutiva)					_____ años
Fallecimiento del Cónyuge					Asegurado Principal _____ años _____ años Cónyuge

## Cláusula de incremento automático anual de sumas aseguradas para los productos en Pesos:

- Opción A: Índice de Ajuste:  Índice de Precios al Consumidor (IPC)  Índice de Salarios (IDS)
- Opción B: Porcentaje de Incremento:  10%  20%  30%  40%
- Sin opción de incremento automático

(\*) todo trasplante tendrá que ser comunicado al INCUCAI y deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos N° 24.193 para poder acceder al beneficio estipulado en esta cobertura.

(\*\*) Para la presente cobertura el riesgo de trasplante se encuentra amparado con la realización del mismo (y no con el diagnóstico de su necesidad).

## Personas no Asegurables:

Los interdictos y los menores de 14 ( catorce ) años de edad no son asegurables para el caso de muerte. Tratándose de asegurables incapaces o de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento por escrito del representante legal o del tercero, respectivamente.

**PRIMAS Y PREMIO** (expresados en la frecuencia indicada).

Autorizo a Sancor Seguros a debitar el importe del premio del presente seguro de acuerdo con la forma de pago y periodicidad indicados.

<b>Prima Target</b>	\$
<b>Prima Excedente</b>	\$
<b>Prima Pactada</b>	\$
<b>Premio</b>	\$
<b>Frecuencia de Pago</b>	
<b>Cantidad de Años de Pago</b>	
<b>Premio Extraordinario</b>	\$

**Prima Target**

Es la parte componente de la Prima Pactada que satisface la cobertura del seguro de vida y las coberturas adicionales.

**Prima Excedente**

Es parte componente de la Prima Pactada y es aquella que, en exceso de la Prima Target, permite la acumulación de fondos adicionales.

**Prima Pactada**

Es aquella Prima que el Tomador se compromete a pagar en forma periódica. Su monto, frecuencia y forma de pago se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicha prima estará compuesta por la Prima Target más la Prima Excedente.

**Premio**

El premio -también indicado en las Condiciones Particulares- surge de adicionar a la prima pactada, todos los impuestos, tasas y gravámenes que sean aplicables.

**Prima Mínima**

Es aquella que figura en las Condiciones Particulares a los efectos de no aplicar la caducidad de la póliza durante los tres primeros años.

**Premios Extraordinarios**

El Tomador podrá abonar premios extraordinarios para acrecentar el saldo de la Cuenta Individual, en cualquier momento, reservándose la Aseguradora el derecho de limitar la cantidad y monto de los mismos.

**Asignación de Primas**

Los importes de primas netas abonadas serán asignados en los distintos Fondos de Inversión en los porcentajes previamente elegidos por el Tomador. Se entiende por "prima neta" al importe que resulta de descontar al total del premio abonado, los impuestos y tasas correspondientes, y los gastos sobre primas cuyo valor máximo se estipula en las Condiciones Particulares de póliza. Las primas netas abonadas serán invertidas en un plazo máximo de tres (3) días hábiles en los Fondos de Inversión elegidos por el Tomador, momento a partir del cual comenzarán a devengar la rentabilidad de dichas inversiones.

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURABLE**

ADVERTENCIA: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, HACE NULO EL CONTRATO (Artículo 5° de la Ley de Seguros Nro. 17.418).

DECLARACIÓN DE SALUD				
1) Indique su peso y estatura			Peso: _____ Kg.	Estatura: _____ M.
2) ¿Sufrió en los últimos 3 años algún accidente, operación, internación o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detalle:	
3) ¿Toma alguna medicación en la actualidad?, proporcionar detalle de la misma:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Detalle:	

¿Practica alguno de los siguientes deportes: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning); Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas); Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos?

Sí  No

Por favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte no mencionado en el punto anterior? Sí  No

Por favor especificar: \_\_\_\_\_

Autorizo a SANCOR COOP DE SEGUROS LIMITADA a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido como a los que me asistirán en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.

Respecto de las dolencias detalladas en el cuadro anterior, **DECLARO** -a mi mejor conocimiento, información y entender- que:

No las he padecido ni me han sido diagnosticadas

Sí tengo conocimiento de lo siguiente:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Duración del tratamiento y eventuales secuelas o consecuencias: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Nombre del hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza.

**DATOS ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
Firma del Tomador/Asegurado

.....  
Aclaración

.....  
Lugar y fecha

## FRECUENCIA Y MEDIO DE PAGO

Las primas del seguro serán a cargo del **Tomador / Asegurado / Ambos** (tachar lo que no corresponda)

FRECUENCIA DE PAGO															
<input type="checkbox"/> MENSUAL				<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL				<input type="checkbox"/> SEMESTRAL				<input type="checkbox"/> ANUAL			
MEDIO DE PAGO															
<input type="checkbox"/> DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO								<input type="checkbox"/> DÉBITO EN CUENTA BANCARIA							
DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO															
NOMBRE TARJETA				VENCIMIENTO											
NÚMERO															
BANCO				TIPO DE CUENTA											
CBU NÚMERO															

## FONDOS DE INVERSIÓN

Moneda de los Fondos	Pesos/Dólar
Factor de Transferencia de Rentabilidad. (Fondos Garantizados)	80%

Por medio del presente, elijo el siguiente perfil de inversionista:

- Perfil Conservador  
 Perfil Moderado  
 Perfil Agresivo

**Detalle de los Fondos de Inversión seleccionados:** se detallarán los fondos efectivamente seleccionados por el Tomador de entre los ofrecidos por la Aseguradora. Los Fondos ofrecidos estarán en un todo de acuerdo con lo expresado en el Anexo Fondos.

Porcentaje de Asignación de Primas	Fondo
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	

## BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ ¿Es a título oneroso? \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco con solicitante \_\_\_\_\_

Porcentaje indemnización \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ ¿Es a título oneroso? \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco con solicitante \_\_\_\_\_

Porcentaje indemnización \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ ¿Es a título oneroso? \_\_\_\_\_  
Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco con solicitante \_\_\_\_\_  
Porcentaje indemnización \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de no declararse entiende que se designaran los Herederos Legales.

**TOMADOR DESIGNADO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TOMADOR ORIGINAL**

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_ ¿Es a título oneroso? \_\_\_\_\_  
Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de no declararse entiende que es el Asegurado.

**DECLARACIÓN JURADA RG 4056 AFIP Declaración sobre intercambio Automático de Información en Asuntos Fiscales. Ley de cumplimiento fiscal de cuentas extranjeras FATCA.**

Ante las disposiciones vinculadas a la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras ("Foreign Account Tax Compliance Act" FATCA) de los Estados Unidos de América o las disposiciones en el marco de "Declaración sobre intercambio Automático de Información en Asuntos Fiscales" para implementar el estándar referido al intercambio de información de cuentas financieras desarrollado por la Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE), DECLARO bajo juramento de ley que he sido debidamente informado acerca de los principales términos de dichas disposiciones, los cuales he leído y en razón de lo precedentemente expuesto, por medio de la presente DECLARO bajo juramento que:

**NO ME ENCUENTRO ALCANZADO** por las disposiciones de la Ley FATCA bajo la figura de US Person (\*) o como Residente del Exterior según RG 4056 AFIP en el marco del estándar de intercambio de información de cuentas financieras desarrollado por la OCDE.

**ME ENCUENTRO ALCANZADO** por las disposiciones de la Ley FATCA bajo la figura de US Person (\*) o como Residente del Exterior según RG 4056 AFIP en el marco por el estándar de intercambio de información de cuentas financieras desarrollado por la OCDE y por lo tanto declaro que:

País de Residencia fiscal: \_\_\_\_\_

N° de Identificación Tributaria: \_\_\_\_\_

País de Ciudadanía: \_\_\_\_\_

En consecuencia, autorizo en forma expresa e irrevocable a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada (en adelante "SANCOR SEGUROS") proporcionar información a las autoridades con competencia en el marco de las mencionadas disposiciones, respecto de mis datos personales y de la información correspondiente a las operaciones realizadas y saldos, así como cualquier otro dato adicional que resulte necesario.

A tales fines, en este acto: (i) Otorgo el consentimiento expreso previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326) a los fines de que SANCOR SEGUROS proceda a informar a las autoridades que corresponda mis datos personales; (ii) Relevo expresamente a SANCOR SEGUROS de su obligación de guardar el secreto previsto en la normativa aplicable en relación con la información aludida precedentemente; (iii) Autorizo expresa e irrevocablemente a SANCOR SEGUROS a ejercer todas aquellas facultades necesarias para dar cumplimiento con las mencionadas disposiciones

**DECLARO** que la información proporcionada es correcta y completa y **DECLARO** asumir expresamente el compromiso de comunicar cualquier modificación a esta Declaración, y suscribir una nueva, dentro de los 10 días de producida.

**TÉRMINOS:** US Person(\*): - Un ciudadano o residente de los Estados Unidos, - Una persona que cumple con la prueba de presencia sustancial en los Estados Unidos, o sea estuvo físicamente presente en los Estados Unidos por lo menos 31 días durante el año en curso y 183 días durante el período de 3 años el cual incluye el año en curso y los 2 años inmediatos anteriores, contando: - Todos los días que estuvo presente en el año en curso - 1/3 de los días que estuvo presente en el primer año anterior al año en curso y - 1/6 de los días que estuvo presente en el segundo año anterior al año en curso. Persona declarable (\*\*): persona que reside en una jurisdicción declarable de acuerdo con la legislación tributaria de dicha jurisdicción.

**Notas**

- 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. En caso de no haber sido resuelto el mismo, o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o al 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gov.ar" o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.
- La información requerida en el presente formulario debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
- Artículo 5° de La Ley de Seguros Nro. 17.418: 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 la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, HACE NULO EL CONTRATO.
- La Resolución Nro. 429/2000 del Ministerio de Economía de la Nación, modificada por la Resolución Nro. 407/2001, especifica en su artículo 1° que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.

d) 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 N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

En su artículo 2°, la Resolución Nro. 407/2001, establece que los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados precedentemente.

**Sr: Presidente de SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. 2322 – SUNCHALES (SANTA FE).**

Solicito ingresar como asociado de SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA., comprometiéndome a suscribir \_\_\_\_\_ cuotas sociales, cuya integración realizaré en base a las exigencias del Estatuto Social., Regl. Gral. y Consejo Adm. que declaro conocer. Declaro que los datos consignados son fidedignos.

Estatuto Social:

**Artículo 5:** El hecho de presentar la solicitud implica la aceptación del presente Estatuto y de los Reglamentos Sociales.

**Artículo 6:** Son obligaciones de los socios suscribir e integrar o ser cesionario del mínimo de acciones que establece la Asamblea.

Declaro que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto mi voluntad de celebrar por el precio que corresponda a la fecha de emisión de la póliza respectiva, un contrato de seguro de acuerdo con las especificaciones de esta solicitud, regido por las Condiciones Generales, Específicas y Particulares de la póliza, cuyas disposiciones conozco.

.....  
**Firma del Tomador/Representante Legal**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

.....  
**Firma del Asegurable**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

.....  
**Firma del Productor/Asesor**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

**DECLARACION JURADA DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP). Res. Resolución UIF vigente.**

El que suscribe, (1) \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y libre expresión de la verdad y que (MARCAR LO QUE CORRESPONDA).

**NO SOY PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE**

**SOY PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE**

en función de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído (página 3).

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(1) INTEGRAR CON EL NOMBRE Y APELLIDO DEL CLIENTE PERSONA FISICA, AUN CUANDO EN SU REPRESENTACION FIRME UN APODERADO.

Además, 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 una nueva declaración jurada.

**DECLARACION JURADA SUJETO OBLIGADO FRENTE A LA UIF. Art. 20 Ley 25.246**

De acuerdo a lo establecido en el art. 20 de la Ley N° 25.26 y sus modificaciones, declaro bajo juramento que:

**NO SOY SUJETO OBLIGADO.**

**SOY SUJETO OBLIGADO.** Adjuntar Constancia de Inscripción en la UIF.

**En caso afirmativo**, en carácter de asegurado/tomador de las pólizas contratadas con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda., declaro bajo juramento CUMPLIR con las disposiciones legales, reglamentarias y complementarias vigentes en materia de prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, **DEBIENDO PRESENTAR LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN LA UIF.**

.....  
**Firma del Tomador/Representante Legal**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

.....  
**Firma del Asegurable**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

.....  
**Firma del Productor/Asesor**

.....  
**Aclaración**

.....  
**Lugar y fecha**

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS QUITAS POR RESCATE**

COTIZACIÓN	ASOCIADO	FECHA	SELLO DE ENTRADA

**TOMADOR**

Apellido y Nombre/ Razón Social \_\_\_\_\_

**Tipo de personería:**  Persona Humana  Sociedad De Hecho  Sociedad Anónima  Cooperativa  S.R.L.  Otros.

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASEGURABLE**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRODUCTO:** \_\_\_\_\_

“Definición: Quita por rescate es el cargo que deducirá la compañía de su fondo ahorrado o reserva matemática cuando usted rescinda la póliza en forma anticipada (rescate) o transforme la póliza en un seguro saldado o prorrogado.”

Año Póliza	CARGO POR RESCISIÓN
1	100%
2	90%
3	80%
4	70%
5	60%
6	50%
7	40%
8	30%
9	20%
10	10%

Las quitas por rescate a aplicar en ningún caso superarán los valores establecidos por la Resolución SSN N° 27.220. Por la presente declaro conocer y aceptar las quitas consignadas precedentemente.

 .....  
**Firma del Tomador/Asegurado**

 .....  
**Aclaración**

 .....  
**Lugar y fecha**