

PROPUESTA Nº:

POLIZA	VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		La póliza iniciará su vigencia el 1º día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.			

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL											
TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO			
DNI	LE	LC	CI								
CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
COD. POSTAL		LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO		
EMAIL								ACTIVIDAD PRINCIPAL			

DATOS IMPOSITIVOS:

TIPO DE PERSONERIA											
<input type="checkbox"/> PERSONA FISICA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> S.R.L. <input type="checkbox"/> OTROS:											
CONDICION FRENTE AL I.V.A.											
<input type="checkbox"/> RESPONSABLE INSCRIPTO <input type="checkbox"/> EXENTO <input type="checkbox"/> CONSUMIDOR FINAL <input type="checkbox"/> AGENTE PERCEP. IVA / ENT. FCIERA <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE <input type="checkbox"/> RESPONSABLE MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/> SUJETO NO CATEGORIZADO											
CUIT/CUIL NRO.:											
CUMPLIMIENTO R.G. 167 A.F.I.P. (Sólo para personas físicas y sociedades irregulares o de hecho)								PERIODO QUE FIGURA EN EL COMPROBANTE PRESENTADO			
PERSONAS FISICAS (Titular)				C.U.I.T.		¿Exhibió aporte?		¿Presentó doc. Que justifique exclusión?			
						SI NO		SI NO			
SOCIEDADES IRREGULARES O DE HECHO (Detalle Socios)				C.U.I.T.		SI NO		SI NO			
						SI NO		SI NO			

SOLICITUD DE ASOCIADO:

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 realizará en base a las exigencias del Estat. Soc., Regl. Gral. y Consejo Adm. que declaro conocer. Declaro que los datos consignados son fidedignos.

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

ENTREGA DE POLIZA POR MEDIO ELECTRONICO:

En mi carácter de **TOMADOR/ASEGURADO**, solicito que la documentación asociada a esta solicitud de seguro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección de correo electrónico:

EMAIL:

EN CASO DE SOCIEDADES, COMPLETAR SOLO PARA REPRESENTANTE DE LA MISMA

APELLIDO Y NOMBRES											
TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO			
DNI	LE	LC	CI								
CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
COD. POSTAL		LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO		
EMAIL								ACTIVIDAD PRINCIPAL			
Procediendo en calidad de (*)solicita asegurar de conformidad con las Condiciones Generales aprobadas por la autoridad competente los riesgos que se detallan:											
(*)): Propietario – Usuario – Locatario – Acreedor hipotecario o prendario – Condómino – Depositario – Empleador – Mandatario – Transportista – Contratista – Seguro por cuenta ajena, para persona determinada – Seguro por cuenta ajena, por cuenta de quien corresponda.											
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.											

FORMA DE PAGO

<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> CUOTAS CANTIDAD DE CUOTAS:											
Autorizo a Sancor Coop. De Seguros Ltda. a debitar el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo a la forma de pago y frecuencia seleccionados.											
<input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> DEBITO POR TARJETA DE CREDITO <input type="checkbox"/> DEBITO POR CBU											
DEBITO EN TARJETA DE CREDITO:											
NOMBRE TARJETA:						VENCIMIENTO					
NUMERO											
DEBITO EN CBU:											
NUMERO											

Las primas de este seguro serán a cargo de:

.....
(Contratante, Asegurados o proporción en que contribuirán)

ASEGURABLE	APELLIDO Y NOMBRES													
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI										
	CALLE						NRO.				PISO		DTO.	
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA				TELEFONO			
	SEXO		ESTADO CIVIL			PROFESION/ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA					NACIONALIDAD			
¿ Realiza Ud. deportes, actividades o hobbies riesgosos como por ejemplo: jockey, saltos hípicos, bombero, piloto civil, aviación, buceo, motociclismo, automovilismo, espeleología, montañismo, motonáutica, navegación a vela, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, rafting, u otro que se considera peligroso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													Por favor especificar:	

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

COBERTURAS	<input checked="" type="checkbox"/> MUERTE DURANTE LAS 24 HORAS (BÁSICA) Capital mínimo \$ 50.000	\$
	<input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL E INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE	Capital asegurado igual a la cobertura básica
	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Capital asegurado igual a la cobertura básica
	<input type="checkbox"/> TRASPLANTES	- Médula: \$ 100.000 - Cardíaco: \$ 90.000 - Renal: \$ 40.000 - Cardiopulmonar: \$ 90.000 - Hepático: \$ 100.000
	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR ACCIDENTE Máximo \$ 5.000 de renta mensual	\$
	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE Máximo: \$ 250	\$
	<input type="checkbox"/> CUIDADOS EN EL HOGAR POR ACCIDENTE Capital máximo anual: \$ 12.000	\$
	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES GRAVES -Cáncer - Infarto agudo del miocardio - Sustitución de válvulas cardíacas - Insuficiencia renal crónica -Sida (HIV) - Accidente cerebrovascular - Cirugías de arterias coronarias (By Pass) Capital máximo \$ 100.000. No debe superar el capital de la cobertura Básica	\$
<input checked="" type="checkbox"/> ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL Capital máximo \$ 100.000	50% del capital asegurado de la cobertura Básica	

DECLARACION DE SALUD	De acuerdo a su conocimiento:		NO	SI	AMPLIACIONES
	1) Indique:				Estatura:Peso:
	2) ¿Fuma?				Cantidad diaria de cigarrillos:
	3) ¿Sufre de hipertensión? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión.				Niveles:
	4) ¿Sufre de diabetes? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Diabetes.				
	5) ¿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 y/o ingiriendo alguna medicación?				Detalles:
	6) ¿Adolece de algún defecto, molestia física, incapacidad o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?				¿Cuáles?
	7) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?				Detalles:
	8) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales / cotidianas?				¿Cuáles?
	9) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante:				
	10) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?				
	Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, no he padecido, ni me han sido diagnosticadas ninguna de las siguientes dolencias: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobre peso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto hepatitis A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Ulceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsias, Enfermedad de Alzheimer y SIDA. En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada en el párrafo anterior, favor especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, duración del tratamiento y sus eventuales secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante, nombre del hospital o clínica y toda otra 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.				

Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418: "La propuesta del contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales".

Art. 5 de la Ley de Seguros N° 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 el Asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Resolución N° 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación: "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 NACION.

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 NACION 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 UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

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 propuesta, regidos por las condiciones contractuales de la póliza, cuyas disposiciones conozco y acepto.

LUGAR:	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
	FIRMA DEL ASEGURABLE	FIRMA DEL TOMADOR	FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR
FECHA:/...../..... ACLARACION DE FIRMA ACLARACION DE FIRMA MATRICULA N°: