

PÓLIZA		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		La póliza iniciará su vigencia el 1° 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.				
102827	234380						

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL BANCO DE FORMOSA S.A.											
	CALLE AV 25 DE MAYO				NRO. 102		PISO		DTO.		CÓD. POSTAL 3600	
	LOCALIDAD FORMOSA			PROVINCIA FORMOSA				TELÉFONO 0370 4431912				
	EMAIL				ACTIVIDAD PRINCIPAL							
	<b>DATOS IMPOSITIVOS</b>											
	TIPO DE PERSONERÍA PERSONA FÍSICA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input checked="" type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> OTROS:											
	CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A. 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 <input type="checkbox"/>											
	CUIT/CUIL NRO.: 3 0 6 7 1 3 7 5 9 0 0											

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 de Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

ASEGURABLE TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES											
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>			NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO				
	LUGAR DE NACIMIENTO			CALLE		NRO.		PISO		DTO.		CÓD. POSTAL
	LOCALIDAD			PROVINCIA				TELÉFONO				
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL			EMAIL						
	CUIT/CUIL NRO.:											
	<b>ENTREGA DE PÓLIZA POR MEDIO ELECTRÓNICO:</b> 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:											
	CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A. 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 <input type="checkbox"/>											

FORMA DE PAGO	El Tomador se obliga a efectuar <b>MENSUALMENTE</b> a SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA., el pago total de las primas, en los vencimientos respectivos, y a cumplir con todas las disposiciones que le competen, establecidas en las Condiciones Generales de la póliza que se transcriben al dorso y que declara conocer y aceptar.											
	MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/>											
	EFECTIVO <input type="checkbox"/> DEBITO POR TARJETA DE CREDITO <input type="checkbox"/> DEBITO POR CBU <input type="checkbox"/>											
	<b>DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO:</b> Autorizo a Sancor Coop. De Seguros Ltda. a debitar de mi Tarjeta de Crédito el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo de Pago seleccionado.											
	NOMBRE TARJETA:				VENCIMIENTO:							
	NÚMERO:											
<b>DÉBITO EN CBU:</b> Autorizo a Sancor Coop. De Seguros Ltda. a debitar de mi CBU el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo de Pago seleccionado.												
NÚMERO:												

