

SOLICITUD DE SEGURO - ROBO ATM



SOLICITUD NRO.

COTIZACIÓN	ASOCIADO	CLIENTE	PÓLIZA/REF	FECHA	VIGENCIA		SELLO DE ENTRADA
					Desde	Hasta	

TIPO DE PÓLIZA	CANTIDAD DE COPIAS
----------------	--------------------

TOMADOR / ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL											
	TIPO DE PERSONERÍA										OTROS:	
	PERSONA HUMANA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/>											
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>		NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	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.											
	CALLE				NRO.				PISO		DTO.	
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA				TELÉFONO			
EMAIL						ENTREGA DE PÓLIZA POR MEDIO ELECTRÓNICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
ACTIVIDAD												

FORMA DE PAGO	MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/>											
	DÉBITO POR TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> DÉBITO CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> DÉBITO CAJA DE AHORRO <input type="checkbox"/>											
	DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO:											
	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											
	DÉBITO CUENTA CORRIENTE:											
Autorizo a Sancor Coop. De Seguros Ltda. a debitar de mi Cuenta Corriente el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo de Pago seleccionado.												
NÚMERO				SUCURSAL								
DÉBITO CAJA DE AHORRO												
Autorizo a Sancor Coop. De Seguros Ltda. a debitar de mi Caja de Ahorro el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo de Pago seleccionado												
NÚMERO				SUCURSAL								

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 0-800-666-8400 o 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 la Dirección Nacional de Protección de 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 4° De La Ley De Seguros Nro. 17418: La propuesta de contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni a la Aseguradora. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales.

Artículo 5° De La Ley De Seguros Nro. 17418: 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:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- 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.

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.

SOLICITUD DE SEGURO - ROBO ATM



SOLICITUD NRO.

COBERTURAS	ROBO ATM	\$400.000
	Reposición de llaves y documentos	\$50.600
	Accidentes Personales Muerte Invalidez Permanente Total y Parcial	\$1.150.000

PREMIO MENSUAL \$2.100 (*)

LUGAR: _____

.....
FIRMA DEL TOMADOR/ASEGURABLE

.....
FIRMA Y SELLO
DEL PRODUCTOR/ASESOR

FECHA: _____

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

.....
MATRÍCULA N°:

(*) No incluye Sellados Provinciales