

PROPUESTA N°

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.				

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	
CALLE				NRO.		PISO	DTO.
CÓD. POSTAL	LOCALIDAD			PROVINCIA		TELÉFONO	
EMAIL				ACTIVIDAD PRINCIPAL			

**DATOS IMPOSITIVOS**

TIPO DE PERSONERÍA		PERSONAS FÍSICA <input type="checkbox"/>		SOCIEDAD ANÓNIMA <input 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.:											
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CUMPLIMIENTO R.G. 167 A.F.I.P. (Solo para personas físicas y sociedades irregulares o de hecho)	PERÍODO QUE FIGURA EN EL COMPROBANTE PRESENTADO		
--	---	--	--

PERSONAS FÍSICAS (Titular)	C.U.I.T	¿Exhibió aporte?	¿Presentó doc. que justifique exclusión?
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOCIEDADES IRREGULARES O DE HECHO (Detalle Socios)	C.U.I.T	¿Exhibió aporte?	¿Presentó doc. que justifique exclusión?
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**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 realizaré 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 PÓLIZA POR MEDIO ELECTRÓNICO:**

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

EMAIL:

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

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	
CALLE				NRO.		PISO	DTO.
CÓD. POSTAL	LOCALIDAD			PROVINCIA		TELÉFONO	
EMAIL				ACTIVIDAD PRINCIPAL			
<p>Procediendo en calidad de contratante pagaré el Premio de forma MENSUAL y solicito el Seguro de Salud para las personas indicadas en la presente solicitud, de conformidad con las Condiciones Contractuales de la Póliza, que conozco y acepto en todas sus partes, sobre la base de las declaraciones e informaciones suministradas. Las primas de este seguro serán a cargo de:</p> <p style="text-align: right;">_____ Contratante, Asegurados o proporción en que contribuirán)</p>							

MENSUAL

Autorizo a Sancor Coop. de Seguros Ltda. a debitar el importe del premio del presente seguro de acuerdo al tipo, forma de pago y frecuencia seleccionados.

EFFECTIVO  DÉBITO POR TARJETA DE CRÉDITO  DÉBITO POR CBU

**DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO:**

NOMBRE TARJETA:		VENCIMIENTO:	
NÚMERO			

**DÉBITO EN CBU:**

NÚMERO:																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COBERTURAS	TIPO DE COBERTURA	MÓDULOS	CONDICIONES
	CÁNCER DE PRÓSTATA CÁNCER DE COLON CÁNCER DE ESTÓMAGO	<input type="checkbox"/> \$1.260.000 – costo \$714 <input type="checkbox"/> \$1.620.000 – costo \$918 <input type="checkbox"/> \$2.070.000 – costo \$1.173 <input type="checkbox"/> \$2.490.000 – costo \$1.411	Límite de ingreso: desde 15 a 60 años. Límite de permanencia: 65 años. Requisitos de selección: Declaración Jurada de Salud. Carencia: 60 días. Beneficio adicional: Ecografía Prostática y Análisis PSA, contra presentación de la factura original e informe de la práctica realizada, hasta un máximo por ambas de \$4.000, después de la carencia de 60 días y una vez por año.

ASEGURABLE	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	
	CALLE		NRO.		PISO	DTO.
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA		TELÉFONO	
	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN/ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA		NACIONALIDAD	

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

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

**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 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."

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.

Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

LUGAR: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL TITULAR ASEGURABLE

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

FECHA: \_\_\_\_\_

.....  
ACLARACIÓN DE FIRMA

.....  
MATRÍCULA N°: