

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.				

TOMADOR	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"/>	
	ENTREGA DE PÓLIZA POR MEDIO ELECTRÓNICO: 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:												

FORMA DE PAGO	MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/>											
	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.											
	DÉBITO POR TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> DÉBITO POR CBU <input type="checkbox"/>											
	DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO:											
	NOMBRE TARJETA:						VENCIMIENTO:					
	NÚMERO											
DÉBITO EN CBU:												
NÚMERO:												

COBERTURAS	TIPO DE COBERTURA	MÓDULOS	CONDICIONES
	CÁNCER DEL CÉRVIX O CUELLO UTERINO	<input type="checkbox"/> \$1.380.000 - costo \$690	Límite de ingreso: desde 15 a 60 años. Límite de permanencia: 65 años. Carencia: 60 días. Beneficio adicional: Mamografía y Papanicolau, 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.
	CÁNCER DE MAMA	<input type="checkbox"/> \$1.860.000 - costo \$930	
	CÁNCER DEL ENDOMETRIO UTERINO	<input type="checkbox"/> \$2.340.000 - costo \$1.170	
	CÁNCER DE LOS OVARIOS	<input type="checkbox"/> \$2.820.000 - costo \$1.410	

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

DECLARACIÓN DE SALUD	DE ACUERDO A SU CONOCIMIENTO:		ASEGURABLE TITULAR			
	1) Indique su peso y estatura		Peso (kg.): <input type="text"/>	Altura (m): <input type="text"/>		
			SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, por favor ampliar	
	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 y/o ingiriendo alguna medicación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalles:	
3) En la actualidad, ¿toma alguna medicación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalles:		

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".

PREEXISTENCIAS

No se cubrirán los beneficios que sean consecuencia de condiciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza para cada asegurado. Se entiende por condiciones preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza para cada asegurado.

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:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- 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 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°: _____