



DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Saldos Deudores

SOLICITUD DE LA COBERTURA INDIVIDUAL



NRO. POLIZA	NRO. DE REFERENCIA		
		SELLO DE ENTRADA SUCURSAL BANCO/ENTIDAD	ELLO DE ENTRADA U. DE NEG

Solicito a Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. mi incorporación a la Póliza mencionada correspondiente al plan de Seguro Colectivo de Vida (Cobertura para deudores), cuyo Tomador se menciona a continuación.
Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega: escribir los nombres y apellidos completos y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; especificar en forma precisa la profesión u ocupación del Solicitante, y responder a todas las preguntas contenidas en esta Solicitud.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL																		
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO				CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT														

ASEGURABLE	APELLIDO Y NOMBRES																		
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO				CUIT				FECHA DE NACIMIENTO					
	DNI	LE	LC	CI	CUIT														
	CALLE										NRO.				PISO		DTO.		
	COD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO						
	EMAIL										NACIONALIDAD								
	SEXO		ESTADO CIVIL				PROFESION/ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA						FECHA LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO						

TIPO DE CREDITO	<input type="checkbox"/> PRESTAMOS Y PLANES DE AHORRO (Hipotecarios, Prendarios, de consumo, planes de ahorro, personales)	<input type="checkbox"/> LEASING	<input type="checkbox"/> DESCUBIERTOS (Descubiertos o adelantos en cuentas corrientes u otras aperturas de crédito)	<input type="checkbox"/> TARJETAS DE CREDITO Y COMPRAS	
	MONTO	MONEDA	PLAZOS (MESES)	FECHA DE LIQUIDACIÓN	TARIFA DE PREMIO MENSUAL(%o sin sellado)
	<input type="checkbox"/> PESOS	<input type="checkbox"/> DOLARES			

BENEFICIARIOS: El tomador de la póliza por el saldo de deuda correspondiente

<input checked="" type="checkbox"/> MUERTE DURANTE LAS 24 HORAS	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	CAPITAL ASEGURADO Mismo monto que la cobertura básica
---	--	---

DATOS SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA	¿En qué Compañías tiene seguros en vigor y por qué sumas?	
	¿Ha tenido otros seguros? En caso afirmativo, indicar cuándo caducaron y el nombre de la Compañía?	
	¿Fueron aceptados los seguros anteriores sin recargos ni restricciones?	
	¿Le ha sido rechazada o postergada alguna solicitud de seguro o de rehabilitación?	
	¿Está destinada esta solicitud a reemplazar a un seguro en vigor a uno caducado?	

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	REQUISITOS MEDICOS Y FINANCIEROS:
	<ul style="list-style-type: none"> - Deuda Consolidada de hasta \$300.000/USD 50.000: Regirá únicamente la cláusula de Enfermedad Preexistente por un período de 12 meses para los asegurables de hasta 64 años. Los mayores de 64 años deberán presentar Declaración Jurada de Salud. - Deuda Consolidada desde \$300.001/USD 50.0001 a \$500.000/USD 125.000: Deberá cumplimentarse Declaración Jurada de Salud en formulario provisto por la Aseguradora para Asegurables de hasta 64 años. Mayores de 64 años deberán cumplimentar requisitos médicos y financieros según la edad y el capital a asegurar, previ consulta a la Aseguradora. - Deuda Consolidada desde \$750.001 /USD 125.001 en adelante Deberá cumplimentarse Declaración Jurada de Salud en formulario provisto por la Aseguradora, y requisitos médicos y financieros según la edad y el capital a asegurar, previa consulta a la Aseguradora.
	ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Se entiende por enfermedad preexistente cualquier enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento o la invalidez del mismo. En el caso de otorgamiento de préstamos con vencimientos menores o iguales al año, el plazo de enfermedad preexistente a computar será el equivalente a la mitad del plazo del préstamo.

DECLARACIONES ADICIONALES	Declaro, en mi nombre:
	<p>a) que los datos y respuestas arriba dados son completos y verídicos, y</p> <p>b) que conozco y acepto todas las estipulaciones establecidas en la póliza del plan Seguro Colectivo de Vida (Cobertura para deudores) a que se refiere esta Solicitud.</p> <p>Y convengo en que:</p> <p>a) solamente el Directorio de la Aseguradora o sus representantes especialmente autorizados tengan la facultad de resolver sobre la aceptación del seguro que solicito y la emisión del certificado respectivo, y</p> <p>b) la Aseguradora no suma responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma.</p>

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.ius.gov.ar/datos-personales.aspx>, ink "Ejerza sus derechos".

Ley N° 17.418 — Artículo 5° (primera parte):
"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 hubiese 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."

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