

Solicito mi incorporación al seguro

Solicito la actualización de datos

Solicitud N°:

Sucursal:

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: Dir. Gral Cultura y Educ. de la Pcia. de Bs. As. CUIT: 30-62739371-3

Domicilio: Calle 13 e/56 y 57 S/N (CP 1900) - La Plata - Provincia de Buenos Aires

Seguro de Accidentes Personales – Solicitante Titular / Asegurado

Prod.: I Ramo 600 N° de Póliza 5067947 Fecha de ingreso al empleo / /

Vínculo con el tomador: Tipo de Documento D.N.I./L.E/L.C.:

Sexo: F M Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Civil Legajo N°:

Apellido y Nombre Fecha de nacimiento: / /

CUIL/CUIT: Domicilio: N°: Piso: Dpto.

C.P. Localidad: Prov.: Cód Área: Tel Part.:

Tel Celular: E-mail:

¿Es zurdo? Si No Nacionalidad: Argentina Extranjera

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la Solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurador, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en el certificado de incorporación individual.

Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	%Benef	Nacimiento
				/ /
				/ /
				/ /

Cónyuge / Conviviente del Solicitante Titular / Asegurado

Solicito mi incorporación al seguro

Solicito la actualización de datos

Apellido y Nombre

Tipo de Documento D.N.I./L.E/L.C.: N°: CUIL/CUIT:

Fecha de nacimiento: / / Sexo: F M

¿Es zurdo? Si No Nacionalidad: Argentina Extranjera

Cuando el Cónyuge revista carácter de asegurable por estar vinculado con el Contratante, solo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge / conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge / conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

Coberturas Solicitadas

Coberturas Titular	Suma a Asegurar	Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
Muerte accidental las 24 hs	\$ 150.000.	Muerte accidental las 24 hs	\$ 150.000.
Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente las 24 hs	\$ 150.000.	Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente las 24 hs	\$ 150.000.
Renta diaria por internación por accidente con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 350.	Renta diaria por internación por accidente con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 350.
Adicional renta diaria terapia intensiva con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días	\$ 350.	Adicional renta diaria terapia intensiva con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días	\$ 350.

(1) ¿Poseo cobertura médica, como ser Obra Social o Medicina Prepaga? Titular Si No Cónyuge Si No

Endoso de incremento automático anual de capitales asegurados. Tipo de ajuste: _____.

Recibo en este acto folleto informativo del seguro, sin perjuicio de la facultad de la Aseguradora de rechazar esta solicitud de seguro.

La información proporcionada en esta solicitud implica la prestación del consentimiento expreso dispuesto por la Ley 25.326. Conozco y acepto que como titular de los datos podré ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los mismos y acepto que la información que otorgo podrá ser utilizada para acciones de marketing directo. La información será archivada en Sancor Coop. de Seguros Ltda. sita en RN 34, km 257, Sunchoales, Santa Fe."

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultar vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

El solicitante conoce y acepta que la solicitud de seguro de Accidentes Personales se encuentra en periodo de evaluación hasta que se aprueben todos los requisitos de selección. Hasta entonces sus términos no obligan al Asegurador, según lo establece el art. 4 de la Ley de Seguros 17.418. "Asimismo esta solicitud comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al primer mes de descuento siempre que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones para su emisión y el Tomador efectúe oportunamente el respectivo pago de primas."

Tomo conocimiento y acepto que podré obtener mi certificado individual de incorporación ingresando a www.sancorseguros.com.ar - Autogestión.

Lugar y Fecha

Firma del Cónyuge / Conviviente
Certifico la autenticidad de la firma (o impresióndigital) del cónyuge / conviviente o del aseguradotitular en su representación.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante / Asegurado
Certifico la autenticidad de la firma (o impresióndigital) del solicitante/asegurado titular, como así mismo que dicho firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha

Firma del Tomador

Lugar y Fecha

Firma del Responsable de Sancor Coop. de Seguros Ltda.