

**SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO - REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO
 SOLICITUD INDIVIDUAL - PADRES DEL TITULAR/CONYUGE**

Solicito mi incorporación al seguro Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Solicito a Sancor Coop. de Seguros Ltda. (Sancor Seguros) ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio – prestacional por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con Sancor Seguros a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: Dirección general de cultura y educación de la provincia de Buenos Aires, CUIT: 30-62739371-3

Domicilio: Calle 13 e/56 y 57 S/N - CP 1900 - La Plata - Bs. As. Localidad: _____ Prov.: _____ C.P.: _____

E-mail: _____ Teléfono N°: _____

Condición IVA: _____ Actividad: _____

Seguro Colectivo de Sepelio - Solicitante Titular / Asegurado

Prod.: 3 Ramo: 1750 N° de Póliza 81997 Fecha de ingreso al empleo: _____

Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____ Legajo N°: _____ CUIL/CUIT: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Civil

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ CP: _____ Prov.: _____ Cód Area: _____ Tel Part.: _____

Tel Celular: _____ E-mail: _____

Nacionalidad: Argentina Extranjera Condición IVA: _____

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación, aportando los datos de parentesco con el asegurado titular, tipo, número de documento y fecha de nacimiento. En caso de faltar alguno de los datos solicitados, sobre algún integrante del grupo familiar, el mismo NO será asegurado.

Datos del Grupo Familiar Asegurable

Apellido y Nombre	Parentesco con el asegurado titular	Tipo y N° de Doc.	Nacimiento
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____

Coberturas solicitadas

Cobertura

Prestacional
 Artículo 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 hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora.
 En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Importante:
Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:
 El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

Recibe 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, Sunchales, Santa Fe." SI NO

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.

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

 Lugar y Fecha Firma del Solicitante / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) 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.