

## Solicitud de Alta del Seguro

Solicitud Nº .....

Fecha Ingreso: .....

Plan: **<SELECCIONAR>**

Producto: **Hogar Madera Sura**

Compañía: **SEGUROS SURA S.A.**

Solicito la contratación del Seguro "HOGAR MADERA" de conformidad con los términos, riesgos y coberturas detalladas en la presente solicitud y los que resulten de la respectiva póliza emitida por **Seguros Sura S.A.** Autorizo el cobro de las primas del seguro solicitado por medio de débito en cuenta/tarjeta aquí indicada. Tomo conocimiento de que podré consultar las condiciones de aseguramiento en [www.bancopatagonia.com.ar](http://www.bancopatagonia.com.ar), y requerir la copia de la respectiva póliza a SURA, sin perjuicio de que la misma me será remitida a mi domicilio postal/electrónico (denunciado en el apartado contacto) dentro de los 7 días a partir de su emisión. Asimismo me notifico que a partir de la emisión de la póliza y hasta los 30 días posteriores podré dar de baja la cobertura sin cargo y con devolución de las primas abonadas.

Vigencia desde: ..... hasta: .....  
 Sucursal: .....  
 Vendedor: .....

### Datos del Solicitante

Apellido y Nombre: .....

Tipo de Documento: ..... Número: .....

Categoría: **<SELECCIONAR>**

Sexo: .....

Estado Civil: .....

Fecha de Nacimiento: .....

Edad: .....

### Domicilio

Tipo: **LEGAL**

Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... Cod. Postal: .....

Provincia: ..... País: .....

### Contacto

Teléfono Part.: ..... Teléfono Cel.: .....

Mail: .....

### Coberturas

Cobertura	Plan AM	Plan BM	Plan CM	Plan DM
Incendio Edificio	\$ 4.260.000	\$ 8.520.000	\$ 12.030.000	\$ 17.400.000
Incendio Contenido	\$ 845.000	\$ 1.710.000	\$ 3.420.000	\$ 4.235.000
Robo y hurto del Mobiliario	\$ 180.000	\$ 330.000	\$ 705.000	\$ 845.000
Robo Equipo Electrónicos	\$ 97.000	\$ 253.000	\$ 604.000	\$ 858.000
Cristales	\$ 17.000	\$ 20.000	\$ 23.000	\$ 29.000
Remoción de escombros	\$ 425.000	\$ 845.000	\$ 1.190.000	\$ 1.710.000
Daños por Robo	\$ 29.000	\$ 56.000	\$ 105.000	\$ 126.000
Gastos de Hospedaje	\$ 215.000	\$ 425.000	\$ 620.000	\$ 845.000



Responsabilidad Civil	\$ 275.000	\$ 425.000	\$ 1.710.000	\$ 1.710.000
Asistencia Domiciliaria	ASISTENCIA PREMIUM			
TOTAL SUMA ASEGURADA	\$ 6.343.000	\$ 12.584.000	\$ 20.407.000	\$ 27.758.000
Premio Mensual	\$ 5.250,00	\$ 9.050,00	\$ 13.700,00	\$ 18.200,00

Tipo de producto: <SELECCIONAR>

Código - Descripción de Plan: <SELECCIONAR>

#### Datos de la forma de pago

Titular de la forma de .....  
 Pago: .....  
 Tipo Doc.: ..... N° Doc: .....  
 Forma de Pago: .....  
 Nro de Cuenta .....  
 Premio Mensual SELECCIONAR  
 Cantidad de Cuotas: 12

#### Ubicación del riesgo

Domicilio ídem legal: Si  No  (en caso de indicar "NO" complete los datos de Domicilio detallados a continuación)

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Dpto: .....  
 Localidad: ..... Cod. Postal: .....  
 Provincia: .....

#### Situación impositiva

IVA: .....  
 Ingresos Brutos: Si  No

#### Otros datos

Tipo de vivienda ..... <SELECCIONAR>  
 Acreedor hipotecario .....  
 Vivienda de ocupación permanente Si  No   
 Cerraduras doble paleta o bidimensionales en puertas de acceso Si  No   
 Rejas de protección de hierro en ventanas y puertas Si  No   
 Medianeras o perímetro cerrado con vigilancia privada permanente Si  No   
 La construcción en madera no supera el 60% del total de la vivienda Si  No

Declaro conocer y aceptar que no cumpliéndose una ó más de las condiciones establecidas de ocupación de vivienda y porcentaje de construcción en madera antes mencionadas, de producirse algún siniestro facilitado por cualquiera de tales circunstancias, la compañía no asumirá responsabilidad alguna al respecto.

Por medio de la presente, autorizo expresamente a debitar mensualmente de la cuenta / tarjeta de crédito precedentemente indicada los importes correspondientes al precio del seguro antes detallado; comprometiéndome a tal efecto a mantener acreditados en mi cuenta fondos suficientes.

Por otra parte, declaro conocer y aceptar que la cobertura del seguro sólo se mantendrá vigente en tanto el resumen de cuenta en el que se registre el precio del seguro sea abonado en su debido tiempo y forma.

Los datos personales ingresados en esta solicitud revisten el carácter de declaración jurada y podrán ser utilizados para fines de registro, control y cumplimiento de obligaciones derivadas de esta Solicitud y los que resulten consecuencia de la normativa del Banco Central de la República Argentina y restantes organismos administrativos (conforme ley 25.326). Presto conformidad para que dichos datos sean recolectados, almacenados, procesados y utilizados por el Banco para comunicar, publicitar u ofrecerme productos y/o servicios comercializados por el Banco, sus afiliadas, subsidiarias o asociadas y/o terceros con quien el Banco mantenga relaciones contractuales

A su vez, presto conformidad para proporcionar a SURA información y/o documentación relativa a mis datos personales.



Declaro haber sido informado respecto al derecho que poseo de acceder y de corresponder rectificar y/o cancelar mis datos personales, ante la Agencia de Acceso a la Información Pública (AAIP) o ante Banco Patagonia S.A.

Me informo que la AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Por último, declaro haber sido informado del derecho que me asiste a revocar la solicitud del producto o servicio que aquí se efectúa, notificando dicha circunstancia al Banco, de manera fehaciente. La revocación mencionada será, sin costo, ni responsabilidad alguna siempre y cuando no haya hecho uso del producto o servicio solicitado.

---

**Banco Patagonia actúa como Agente Institorio de Seguros Sura S.A. encontrándose inscripto en el Registro de Agentes Institorios de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) bajo el número 76.**

**Seguros Sura S.A. es una sociedad anónima autorizada a operar por la SSN. Número de Inscripción en el registro correspondiente de la SSN 0025.**

CUIT: 30-50000012-7. Domicilio: Cecilia Grierson 255 P1 C.A.B.A.

Centro de Atención a Clientes: (011) 4339-0001 ó 0810-555-76925 de lunes a viernes de 9 hs a 18 hs.

**Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN)**

Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 (C1067ABC), C.A.B.A.

Centro de atención telefónica: 4338-4000 o 0800-666-8400

[www.ssn.gob.ar](http://www.ssn.gob.ar)

---

**Firma Titular F.Pago**

**Aclaración:**

**Tipo y Nro. de Doc.**

