BANCOPATAGONIA

sura

Solicitud de Alta del Seguro de Vida 12 SURA

Código Sucursal: ..... **Nombre Sucursal**: .....
Usuario: .....

Señores
Banco Patagonia:
Por medio de la presente solicito la contratación del Seguro de Vida 12 de conformidad con las condiciones generales, condiciones particulares, Anexos, y/o cláusulas especiales que formen parte de la Póliza correspondiente, sobre la base de los riesgos y coberturas detalladas en la presente solicitud.

Datos del Contratante:
Apellido y Nombre: .....
Edad: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../..... Sexo: ..... Estado Civil: .....
Cant. hijos: ..... Nacionalidad: ..... Tipo de documento: ..... Nº: .....
T.E.: (.....) - ..... Teléfono celular: (.....) - 15 .....
Situación IVA: Cons. Final ☐ Resp. Insc. ☐ No Resp. Insc. ☐ Ingresos Brutos (Si ó No): .....
E-Mail: .....

Si ☐ No ☐ Presto mi conformidad para recibir el certificado del seguro cuya identificación se describe a continuación, en la dirección de e-mail consignada precedentemente. Asimismo, tomo conocimiento y acepto que podré solicitar en cualquier momento un ejemplar del certificado en cuestión, por ante la Cía. Aseguradora.

Domicilio legal:
Domicilio - Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... Depto.: .....
Localidad: ..... Cod. Postal: ..... Ciudad: .....
Provincia: .....

Vigencia del seguro: Desde (incluir fecha): ...../...../..... (No podrá ser anterior a la fecha del día, ni exceder los 30 días desde la misma).

Planes y coberturas:

Cobertura / Plan	Suma Asegurada
Muerte por cualquier causa	$2.860.000,00
Incapacidad total permanente por enfermedad y/o accidente	$ 2.860.000,00
Adicional en caso de Muerte Accidental	$ 2.860.000,00
Asistencia Seguro de Vida	Incluida

Premio Anual $ 63.150,00

Datos de los beneficiarios:
1) Apellido y Nombre: ..... Tipo y N° de Documento: .....
2) Apellido y Nombre: ..... Tipo y N° de Documento: .....

En caso de no declarar beneficiarios, los mismos serán los herederos legales. Asimismo, Usted podrá designar beneficiarios cuando lo desee, comunicándose al Centro de Atención a Clientes al (011) 4339-0001 ó desde el interior al 0810-555-76925, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs.

Forma de pago:
El costo del seguro será debitado de la cuenta en la cual se acreditará el préstamo solicitado, una vez aprobadas las condiciones crediticias y de contratación dispuestas por Banco Patagonia S.A.

Declaro conocer que en cumplimiento de los artículos 5 inc. d) y e) y 6 de la Ley Nº 25.326, los datos personales ingresados en la presente solicitud, podrán ser utilizados para fines de registro, control y cumplimiento de obligaciones derivadas de la Solicitud y las que resulten consecuencia de la aplicación de la normativa específica del Banco Central de la República Argentina y restantes organismos administrativos. Asimismo, he sido informado respecto al derecho que poseo de acceder y de corresponder rectificar y/o cancelar mis datos personales, ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales o ante Banco Patagonia S.A.

PROHIBIDO PARA SU CONSIDERACIÓN

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.
Los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

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 bajo el número 76.

Con el fin de dar cumplimiento a las resoluciones de la UIF, presto conformidad para proporcionar -a las Compañías de Seguros que correspondan- información y/o documentación relativa a mis datos personales.

Seguros Sura S.A.
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.

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

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

26.0059 (02/10/2023)

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____/_____/_____

RECIBIDO PARA SU CONSIDERACIÓN