BANCOPATAGONIA

sura

Solicitud de Alta del Seguro de Auto/Moto Sura

....., ... de ..... de .....

Cod. Sucursal: ..... **Nombre Suc**.: ..... **Usuario**: .....

Señores
Banco Patagonia S.A.:
Por medio de la presente solicito la contratación de un Seguro de Auto/Moto 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 solicitante:
Apellido y Nombre: .....
Edad: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../..... Sexo: ..... Estado Civil: .....
Cant. hijos: ..... Nacionalidad: ..... Tipo de documento: ..... Nº: .....
T.E.: (.....) - ..... Teléfono celular: (.....) 15 - .....
E-Mail: .....
Situación IVA: Cons. Final ☐ Resp. Insc. ☐ No Resp. Insc. ☐ Ingresos Brutos (Si ó No): .....

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

Inicio de vigencia de la póliza: ...../...../..... (No podrá ser anterior a la fecha del día, y no podrá exceder los 30 días de la fecha del día)

Ubicación y descripción del vehículo:
Descripción: (marca y modelo) .....
Año: ..... 0 Km: .....Uso: .....
Patente: ..... Motor: ..... Chasis: .....
Localidad: ..... Provincia: .....
Código Postal: ..... Suma asegurada (en pesos): .....

Accesorios y Sumas Aseguradas:

☐ Aire Acondicionado	$	☐ Luneta térmica y parabrisas	$ .....
☐ Equipo de GNC	$	☐ Luneta térmica	$ .....
☐ Juego de 4 cubiertas especiales	$	☐ Cúpula	$ .....
☐ Llantas especiales	$	☐ Cristales laterales	$ .....
☐ Cerraduras externas límite anual	$	☐ Daños por granizo	$ .....

Accesorios colocados fuera de fábrica (Detallar)
.....
.....
.....
.....

Cláusula de ajuste (%): <SELECCIONAR>

Asistencia mecánica: <SELECCIONAR>

Planes y coberturas:

Tipo de producto: <SELECCIONAR>
Código - Descripción de cobertura
AUTO: <SELECCIONAR>
MOTO: <SELECCIONAR>

PECIBIDO PARA SU CONSIDERACIÓN

Plan de Pagos:
Costo Trimestral $ ..... Cuota Mensual 3 cuotas de $ .....

Las cuotas correspondientes a esta operación serán debitadas de su:
1) Tarjeta de Crédito: Marca: <SELECCIONAR> - Nùmero: ..... Vencimiento: ...../.....
2) Cuenta: Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Nro.: ..... CBU: .....
C.U.I.L/ C.U.I.T.: .....

Datos del Titular del Medio de Pago:
Apellido y Nombre: ..... Tipo y Nº de documento: .....

Usuario Bantotal: ..... **Código de Productor**: .....
Punto de Venta: (Nro. de Sucursal/Canal y nombre) .....
.....

Pago del seguro: La aceptación de la presente operación implica la autorización para debitar del medio de pago detallado en la presente, las cuotas resultantes de la contratación de esta cobertura y de las sucesivas renovaciones a fin de dar cumplimiento a la cláusula de cobranzas de la póliza.
El incumplimiento de pago de cualquiera de las cuotas, producirá la inmediata suspensión de la cobertura.
Veracidad de los datos: Por favor constate que los datos de la presente sean correctos, si encuentra que alguno de ellos debería ser modificado, diríjase a nuestras sucursales o comuníquese con el Centro de Atención a Clientes de la aseguradora.
Suma Asegurada del vehículo: Por favor verifique regularmente que el valor asegurado de su vehículo sea acorde a los valores del mercado, si encuentra una diferencia comuníquese con el Centro de Atención a Clientes de la aseguradora a fin de solicitar su modificación.

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.

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.

La presente Solicitud formará parte integrante del contrato de póliza. Los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

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.

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.

Seguros Sura S.A.
CUIT: 30-50000012-7. Domicilio: Cecilia Grierson 255 P1 C.A.B.A.
Centro de Atención Clientes: (011) 4339-0001 ó 0810 555 7692 - Asistencia al Vehículo las 24 hs: En Argentina 0800 999 7692, desde el exterior (5411) 4331-1555 cobro revertido.

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

Lugar y Fecha **Firma y Aclaración del Cliente**

RECIBIDO PARA SU CONSIDERACIÓN

26.0076 (21/11/2018)