

## Solicitud de Alta del Seguro

Solicitud N° .....

Fecha Ingreso: .....

Plan: <SELECCIONAR>

Producto: **Pertenencias Protegidas**

Compañía: **SEGUROS SURA S.A.**

Solicito la contratación del Seguro "PERTENENCIAS PROTEGIDAS" de conformidad con los términos, riesgos y coberturas detalladas en la presente solicitud y los que resulten de la respectiva póliza.

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 la Cía Aseguradora, 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 ..... Edad: .....

Nacimiento: .....

### Domicilio

Tipo: .....

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Dpto: .....

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

Provincia: ..... País: .....

### Contacto

Mail: .....

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

### Coberturas

Plan	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4 *
Róbo o Hurto de documentos personales hasta	\$ 1.100	\$ 1.700	\$ 2.200	\$ 1.700
Robo o Hurto de efectos personales hasta	\$ 1.700	\$ 2.600	\$ 3.400	\$ 2.600
Todo Riesgo Equipo Electrónico Portátil hasta	\$ 6.400	\$ 9.400	\$ 14.500	\$ 9.400
Muerte accidental en ocasión de robo	\$33.000	\$33.000	\$33.000	\$33.000
Asistencia	SI	SI	SI	SI

\*Plan para Empleados del Banco Patagonia

### Datos de la forma de pago



Titular de la forma de .....  
Pago:  
Tipo Doc.: ..... Nº Doc: .....  
Forma de Pago: .....  
Nro de Cuenta .....  
Premio Mensual **<SELECCIONAR>**  
Cantidad de Cuotas: **12**

### Beneficiarios

1) Apellido y ..... % Beneficio: .....  
Nombre: .....  
Parentesco: ..... Tipo Doc: ..... Fec. Nac. ....  
Domicilio: ..... N ..... Piso: ..... Dpto. ....  
Localidad: ..... C.P ..... Provincia .....

2) Apellido y ..... % Beneficio: .....  
Nombre: .....  
Parentesco: ..... Tipo Doc: ..... Fec. Nac. ....  
Domicilio: ..... N ..... Piso: ..... Dpto. ....  
Localidad: ..... C.P ..... Provincia .....

Fui informado de la facultad que poseo de designar beneficiarios, comunicándome 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. En caso de no declarar beneficiarios se considerarán por tales a los herederos.

Los datos personales ingresados en esta solicitud revisten el carácter de declaración jurada, solo podrán ser utilizados para fines de registro, control y cumplimiento de obligaciones derivadas de esta Solicitud y los que resulten consecuencia de la normativa específica del Banco Central de la República Argentina y restantes Organismos Administrativos (conforme artículos 5 inc. d) y e) y 6 de la Ley 25.326). Declaro haber sido informado de derecho de acceder, rectificar y/o cancelar, mis datos personales, ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA o ante Banco Patagonia S.A.

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 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

Firma Titular F.Pago  
Aclaración:  
Tipo y Nro. de Doc.

