

## Solicitud de Alta del Seguro

Solicitud N° .....

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 la Cia 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 Nacimiento: ..... Edad: .....

Nacimiento: .....

### Domicilio

Tipo: **LEGAL**

Calle: ..... N°: ..... 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	\$ 135.000	\$ 271.000	\$ 380.000	\$ 545.000
Remoción de escombros	\$ 13.500	\$ 27.100	\$ 38.000	\$ 54.500
Gastos de hospedaje	\$ 6.750	\$ 13.550	\$ 19.000	\$ 27.250
Cristales	\$ 400	\$ 550	\$ 700	\$ 800



Daños por robo al Edificio	\$ 800	\$ 1.700	\$ 3.300	\$ 4.100
Incendio contenido	\$ 27.200	\$ 54.300	\$ 108.600	\$ 135.700
Robo y/o hurto mobiliario	\$ 5.500	\$ 10.900	\$ 21.800	\$ 27.200
Robo y/o hurto Electrónicos (TV, Audio, Video, PC y Microondas)	\$ 3.300	\$ 8.100	\$ 19.000	\$ 27.200
R.C. privada	\$ 8.100	\$ 13.600	\$ 54.300	\$ 54.300
Asistencia domiciliaria	3 eventos por año hasta \$ 300 c/u.-			
<b>TOTAL SUMA ASEGURADA</b>	<b>\$ 200.550</b>	<b>\$ 400.800</b>	<b>\$ 644.700</b>	<b>\$ 876.050</b>
<b>PREMIO ANUAL</b>	<b>\$ 1.560</b>	<b>\$ 3.000</b>	<b>\$ 4.800</b>	<b>\$ 6.480</b>
<b>Cuota Mensual</b>	<b>\$ 130</b>	<b>\$ 250</b>	<b>\$ 400</b>	<b>\$ 540</b>

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.

Asimismo, 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.

Declaro conocer que, en cumplimiento de los artículos 5 inc. d) y e) y 6 de la Ley N° 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 AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP) 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: 30-5000012-7. 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.**

19.0108 (31/05/2019)

