

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: N°:

T.E.: (.....) - Teléfono celular: (.....) - 15

Situación IVA: Cons. Final Resp. Inc. No Resp. Inc. 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: N°: 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	\$ 1.212.000,00
Incapacidad total permanente por enfermedad y/o accidente	\$ 1.212.000,00
Adicional en caso de Muerte Accidental	\$ 1.212.000,00
Asistencia Seguro de Vida	Incluida

Premio Anual \$ 26.615,00

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.

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 de derecho de acceder, 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.

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. 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.

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

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____/____/____

26.0059 (10/01/2023)

RECIBIDO PARA SU CONSIDERACIÓN

