

PROPUESTA N°

PÓLIZA		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		La póliza iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora.	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.				

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL CONTADURÍA GENERAL DEL EJÉRCITO											
	CALLE PIEDRAS						NRO. 141			PISO 4°		D.T.O. -
	CÓD. POSTAL 1070		LOCALIDAD CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES				PROVINCIA BUENOS AIRES			TELÉFONO 011 43353605		
	EMAIL						ACTIVIDAD PRINCIPAL					
	DATOS IMPOSITIVOS											
	TIPO DE PERSONERÍA PERSONAS FÍSICA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> OTROS <input checked="" type="checkbox"/>											
	CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO <input type="checkbox"/> EXENTO <input type="checkbox"/> CONSUMIDOR FINAL <input type="checkbox"/> AGENTE PERCEP. IVA / ENT. FCIERA <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE <input type="checkbox"/> RESPONSABLE MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/> SUJETO NO CATEGORIZADO <input type="checkbox"/>											
	CUIT/CUIL NRO.: 3 0 - 5 4 6 6 9 0 5 1 - 9											

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada".
Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001).
Para mayor información remitirse a Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

ASEGURABLE	APELLIDO Y NOMBRES											
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI			NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	CALLE						NRO.			PISO		D.T.O.
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD				PROVINCIA			TELÉFONO CON COD. AREA		
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ESTADO CIVIL			NACIONALIDAD			PROFESIÓN, ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA			

VIDA COLECTIVO	COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO	CONDICIONES
	MUERTE DURANTE LAS 24 HORAS (BÁSICA)	MÚLTIPLO DE SUELDOS (solo para personal en relación de dependencia con el tomador) CANTIDAD DE SUELDOS: <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24 GRADO: <input type="checkbox"/> GRAL. DE BRIGADA <input type="checkbox"/> CORONEL <input type="checkbox"/> TENIENTE CORONEL <input type="checkbox"/> SUBOFICIAL MAYOR <input type="checkbox"/> SARGENTO AYUDANTE <input type="checkbox"/> SARGENTO	ALCANCE DE LA COBERTURA: - Límite de edad de ingreso: mientras se encuentre en servicio activo. - Límite de edad de permanencia: sin límite. - Hasta 65 años: Cobertura completa. - A partir de los 65: Se reduce la cobertura a Muerte exclusivamente. - Indemnización adicional por pérdidas anatómicas o funcionales parciales o totales y permanentes sólo para personas hasta los 55 años o que revisten en actividad.
	MUERTE ACCIDENTAL E INCAPACIDAD PARCIAL POR ACCIDENTE	Capital asegurado igual a la cobertura básica.	
	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		
	INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES PARCIALES O TOTALES Y PERMANENTES POR ACCIDENTE		

	COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO	CONDICIONES
VIDA COLECTIVO	ANTICIPO ENFERMEDAD TERMINAL	Anticipo del 50% del capital asegurado de la cobertura básica con deducción del monto abonado en capital de muerte.	ALCANCE DE LA COBERTURA: - Límite de edad de ingreso: mientras se encuentre en servicio activo. - Límite de edad de permanencia: sin límite. - Hasta 65 años: Cobertura completa. - A partir de los 65: Se reduce la cobertura a Muerte exclusivamente. - Indemnización adicional por pérdidas anatómicas o funcionales parciales o totales y permanentes sólo para personas hasta los 55 años o que revisten en actividad.
	SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	Equivalente a 18 haberes mensuales del soldado voluntario de 1°.	
	SUBSIDIO POR INVÁLIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		
	<input type="checkbox"/> COBERTURA CÓNYUGE / CONVIVIENTE DEMOSTRADO	Iguales condiciones y costos que asegurado Titular. En caso de siniestro, su beneficiario será el Titular.	
AMPARO FAMILIAR	<input type="checkbox"/> AMPARO FAMILIAR	Monto a percibir por los beneficiarios: \$118.800. Se actualiza capital asegurado según actualización del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM). Equivalente a CINCO PUNTO CINCO (5.5) veces del SMVM. RENTA DIARIA: \$500 diarios por cada día de internación en un centro de asistencia a consecuencia un accidente, a partir del décimo día de internación y por un periodo máximo de 90 días.	ASEGURABLES: - Titular, su cónyuge o conviviente e hijos hasta alcanzar los 29 años de edad no estableciéndose límite máximo para hijos discapacitados. - Solteros sin hijos, comprenderá a los padres menores a 70 años a la fecha de ingreso del titular asegurado, y continuarán asegurados aunque superen los 70 años de edad mientras no se modifique la situación familiar del titular. Límite de edad de ingreso: Titulares mientras se encuentren en servicio activo.

Art. 4 de la Ley de Seguros N°. 17.418: "La propuesta del contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales".

Art. 5 de la Ley de Seguros N°. 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Resolución N° 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación: "Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADOS ANTERIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD.

Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

LUGAR: _____

.....
FIRMA DEL ASEGURADO/ASEGURABLE

.....
FIRMA Y SELLO
DEL PRODUCTOR/ASESOR

FECHA: _____

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

.....
MATRÍCULA N°: