Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 8651090 Póliza nro. 12190983
Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 9/4/2024	Hasta las 12 hs 9/5/2024 (*)

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 09/04/2025
Según Cláusula de Cobranza del Premio Impresa.-

Tomador
MOISES JORGE ALBERTO
BARRIO AMTE C14 MA 14
5560 Tunuyan (Mendoza)
Asociado: 8137354 **DNI: 11116282**
Org.: 100302 Prod.: 203792 Zona/Ofic: 500

CUIP: 0224201100[illegible]0000000000000121909830000000000099201111628254-10000041234100000412341209 80

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
MOISES JORGE ALBERTO DNI: 11116282
BARRIO AMTE C14 MA 14
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Asegurado
MOISES JORGE ALBERTO DNI: 11116282
BARRIO AMTE C14 MA 14
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Beneficiario
GONZALEZ SUSANA DNI: 17346251
TUNUYAN
5500 Mendoza (Mendoza) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5
BUENOS AIRES 1188
2820 Gualeguaychu (Entre Rios) - ARGENTINA

SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA, en adelante EL ASEGURADOR, con arreglo a las Condiciones Generales y a las Condiciones Generales Especificas, Especiales y Particulares que sean de aplicación según se indica en la presente póliza, por la presente asegura a :

MOISES JORGE ALBERTO
Actividad: Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
Clasificación: Transporte de carga a corta, mediana y larga distancia
Tarea: Chofer y/o Acompañante con Carga y Descarga

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte Accidental**	**$ 4.500.000,00**
• **Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente**	**$ 4.500.000,00**
• **Asist. Médica Farmacéutica**	**$ 3.000.000,00**
• **Subsidio por Fallecimiento**	**$ 858.000,00**

• **Llamando al Doctor**
Es un servicio de videollamadas donde profesionales médicos atenderán sus consultas sobre salud de manera gratuita, evitando esperas y traslados.
Podés consultar diferentes especialidades: Medicina General, pediatría y ginecología y obstetricia.
¿Cómo utilizar este servicio?
Descargando la APP "Llamando al doctor" donde podrás acceder al consultorio virtual en cualquier momento y lugar.
Beneficiarios:
Serán exclusivamente las personas declaradas en póliza.

Nota Datos Particulares
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA COBERTURA
-Alcance de Cobertura: Se encuentran cubiertos los accidentes que sufra el Asegurado durante el ejercicio de su profesión o actividad declarada para el seguro, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los accidentes in itinere. Se entiende por Accidentes in itinere aquéllos que sufra el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su domicilio particular y el lugar de trabajo o viceversa, siempre y cuando el Asegurado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.
-Se deja expresamente aclarado que se incluyen los accidentes "IN-ITINERE".

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0; Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".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 Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

ORGANIZACIÓN	PRODUCTOR	ZONA / OF.
100302	203792	500

CUPÓN DE PAGO

SANCOR SEGUROS

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO / C.U.I.T. 30-50004946-0 /
CAJA LC. Y A.C. (ex-Bancaria y de Seguros): 210 / Ing. Brut.:C.M. 921-740719-3
Sellos (Sta Fe): 302-000027-0 / Sellos Ley 23258: 1634-98-000-4 / Caja Prev. N° 50004946

CASA CENTRAL R. N. 34 Km 257 - C P 2322 - SUNCHALES (Sta. Fe) WhatsApp (03493) 155 10404

TOMADOR: MOISES JORGE ALBERTO
DIRECCIÓN: BARRIO AMTE C14 MA 14 (5560-Tunuyan)

Situación ante el IVA: Responsable inscripto / Asoc: 8137354 / CUIT/CUIL: 20-11116282-5 / Cliente: D0000011116282

ACCIDENTES PERSONALES

RAMO/PRODUCTO	PÓLIZA	REF / CERTIFICADO	N° RECIBO	N° CUOTA	VIGENCIA	
					09/04/2024	09/05/2024
600 / 13	12190983	8651090 / 0	551168557	1 / 12		

VENCIMIENTO	TOTAL	$ 5.401,00
09/04/2024		

224-060-013-0551168557-12190983-01-0540100-01-4100-8137354-9

PAGADO
09 ABR 2024

ORGANIZACION PALLERES
Roca Esqu. Rivadavia
TUNUYAN - MENDOZA
Tel. 02622 426263 / 15407546

Póliza adherida a envío electrónico

No corresponde: - Retención I.V.A. (Entidad inscripta s/artículo nro. 3 R.G. 3125) - Percepción I.V.A. (Entidad encuadrada en el artículo nro. 1 R.G. 3337) - Retención Ganancias (Entidad exenta)

Código de Pago Electrónico

Accidentes Personales

PEDIDO DE MODIFICACION SEGURO DE PERSONAS

Nº de trámite: 06000000000000158154718

Fecha y Hora de Carga: 15/04/2024 - 11:39:51

NRO. REFERENCIA	CERT.	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
8651090	0	15/04/2024	09/04/2025		
ORGANIZADOR NRO.	**PRODUCTOR NRO.**	**VENDEDOR NRO.**	**PARTICIPANTE NRO.**		
100302	203792				

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL

MOISES JORGE ALBERTO

TIPO DE DOCUMENTO DNI	LE	LC	CI	NRO. DE DOCUMENTO								FECHA DE NACIMIENTO			
X				1	1	1	1	6	2	8	2	12	11	1954	

CUIT/CUIL NRO.:	2	0	-	1	1	1	1	6	2	8	2	-	5

TIPO DE MODIFICACION - DETALLE

Por la presente solicito que la póliza mencionada sea Modificada en la siguiente forma:

Observaciones del Certificado 0: Aumento de suimas aseguradas
Muerte Accidental 5.000.000,00
Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente 5.000.000,00
Asist. Médica Farmacéutica 3.000.000,00

.
Datos de la modificación del Certificado 0: Fecha de vigencia desde: 15/04/2024

Tipo de modificación: Cambio de cobertura.
La solicitud quedó pendiente por los siguientes motivos:
Se cargaron observaciones.
Tipo modif. no habilitado para procesar automático.

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 de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

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 o 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:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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 UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."
Declaro que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto mi voluntad de celebrar por el precio que corresponda a la fecha de emisión de la póliza respectiva, un contrato de seguro de acuerdo con las especificaciones de esta propuesta, regidos por las condiciones contractuales de la póliza, cuyas disposiciones conozco y acepto.

Dejo constancia en mi carácter de …… de la póliza, que las declaraciones e información suministrada son verídicas, en conformidad con las Condiciones contractuales, las cuales acepto y conozco en todas sus partes.
LA PRESENTE SOLICITUD QUEDA SUJETA A EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

			Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
LUGAR:.....	..... FIRMA DEL ASEGURABLE	..... FIRMA DEL TOMADOR	..... FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR / ASESOR
FECHA:...../...../.....	..... ACLARACION DE FIRMA	..... ACLARACION DE FIRMA	..... MATRICULA N°

Fecha de impresión: 15/04/2024 Hora: 11:40:32

Usuario: rpalleres302