SANCOR SEGUROS

PROPUESTA

Solicitud de Seguro: Vida Obligatorio-Dec.1567/74 - Seg. Vida Obligat.(D.1567/74)

Número de trámite: 011720000000326865593

Fecha y Hora de Carga: 30/01/2025 - 11:47:43 **Usuario de Carga:** pcanali31230

Propuesta: 000032686559

Vigencia Desde: 01/01/2025 **Vigencia Hasta:** 01/01/2026

Tipo de póliza: Individual

INTERMEDIARIOS

HEIMBUCHNER HECTOR EDUARDO (101582) | CANALI PABLO ANDRES (231230)

Operatoria: VO Normal

FORMA DE PAGO

Moneda: Pesos

Frecuencia: Mensual

Forma: Débito AFIP

CLIENTES:

Tomador: DUCRET, NICOLAS ALEJANDRO

DNI: 0000029795036

Fecha de Nacimiento: 22/09/1982

URQUIZA 3264 - 3265 Villa Elisa (Entre Ríos)

Tel. Celular: 3442 15551340
Tel. Laboral: 3447 481650
Tel. Particular: -

Email: estudiocontablevillaelisa@gmail.com

Condición Fiscal: Responsable inscripto

CUIT/CUIL: 20297950364

ENVÍO DIGITAL

Contacto para envío de documentación vía WhatsApp: 3442 - 551340

El Asegurado acepta recibir documentos y notificaciones por medios electrónicos al contacto indicado precedentemente. Estas comunicaciones serán consideradas de carácter formal y fehaciente. 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.

DATOS PARTICULARES

Cantidad de asegurados: 1

Fecha de traspaso:

Asegurado
AGUIRRE MAXIMILIANO NICOLAS (D0000034804996)

Fecha de impresión: 30/01/2025 Hora: 12:01:28

Usuario: pcanali31230

SANCOR SEGUROS

PROPUESTA

CAPITALES BÁSICOS ASEGURADOS

Cobertura	Capital	S.A. Total QQ
• Muerte	$ 858.000,00	

Solicitud del Asociado:

Sr. Presidente de SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. 2322 - Sunchales (Santa Fe):
Solicito ingresar como asociado de SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTADA., comprometiéndome a suscribir .....cuotas sociales, cuya integración realizaré en base a las exigencias del Estatuto Soc. Reglamento General y Consejo Administrativo que declaro conocer.
Declaro que los datos consignados son fidedignos.
Firma del solicitante .....
Plan de Pago: Mensual
Tipo de Pago: Débito AFIP La suma de: .....
Autorizo a Sancor Seguros a debitar de mi el importe del premio del presente seguro de acuerdo al Plan de Pago Seleccionado.

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 Seguros Coop. 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 Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnpdpnew, link "Ejerza sus derechos".

"ADVERTENCIA AL ASEGURADO". ENTREGA DE PÓLIZA: En caso de aceptarse esta SOLICITUD DE SEGURO queda expresamente aclarado que el eventual TOMADOR/ASEGURADO presta su conformidad con la entrega de la póliza a través de la página institucional de internet de la aseguradora (www.sancorseguros.com).
Sin perjuicio de lo expuesto, el asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la póliza.

Firma del Asegurable	Firma del Tomador	Firma y sello del Productor/Asesor

La aprobación de esta solicitud de seguro queda sujeta a la resolución del Área de Suscripción de la Aseguradora.
La recepción de la propuesta no constituye celebración del contrato.

Fecha de impresión: 30/01/2025 Hora: 12:01:28

Usuario: pcanali31230