SANCOR SEGUROS 80 Años

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO
C.U.I.T. 30-50004946-0
Ing. Brut. C.M. 901-740719-3
CAJA I.C. Y A.C. (ex-Bancaria y de Seguros): 210
Sellos (Sta Fe): 302-000027-0 / Sellos Ley 23258: 1634-98-000-4
Caja Prev. N° 50004946

CASA CENTRAL
R. N. 34 Km 257 -
SUNCHALES (Sta
WhatsApp (03493)

Fecha: 28/10/2026 | **Lugar de Emisión:** Sunchales

Tomador: CHURQUINA SAIQUITA RENE
Dirección: RN 40 (5560-Tunuyan)
Asociado: 5237057
CUIT/CUIL: 20-93096855-3
Situación ante el IVA: Responsable inscripto

ACCIDENTES PERSONALES

Ramo/Prod.	Póliza	Ref / Certificado	Nº Cupón	N° CUOTA
600 / 13	13634211	99797203 / 0	613147389	1
2500 / 29	2356086	913066 / 0	613147390	1

RAPIPAGO

Puesto: 003906
Fecha: 28/10/2026 Hora: 16:37:16
Empresa: 539 SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.
06000006131473891363421

Nro. de DNI/CUIL/CUIT: 20930968553
Nro.Op:0039061793216283321
Cod.Seg:04D7FB4FB5

Forma de Pago	Importe
DEBITO FISERV	$127,538.70
** TOTAL **	$127,538.70

22406000006131473891363421101275387001630452370578000127
53870

147 Telefono Gratuito CABA, Area de Defensa y Proteccion al Consumidor

ORIGINAL

WWW.RAPIPAGO.COM.AR

Código de Pago Electrónico
10000012253969
LINK PagoMisCuentas

VENCIMIENTOS

Fecha	TOTAL
31/10/2026	$ 127.538,70

PAGO CON QR

224-060-013-0613147389-13634211-01-0000000-01-6304-5237057-4

Póliza adherida a envío electrónico

SANCOR SEGUROS 80 Años

Cupón para el **INTERMEDIARIO**

RAMO	600
PÓLIZA	13634211
REFERENCIA	99797203
RECIBO	613147389

VIGENCIA

28/10/2026	28/11/2026

TOTAL $ 127.538,70

VENCIMIENTOS

Fecha	TOTAL
31/10/2026	$ 127.538,70

TOMADOR
CHURQUINA SAIQUITA RENE

DIRECCIÓN
RN 40 (5560-Tunuyan)

224-060-013-0613147389-13634211-01-0000000-01-6304-5237057-4

SANCOR SEGUROS 80 Años

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO
C.U.I.T. 30-50004946-0
Ing. Brut. C.M. 921-740719-3
CAJA I.C. Y A.C. (ex-Bancaria y de Seguros): 210
Sellos (Sta Fe): 302-000007-0 / Sellos Ley 23258: 1634-98-000-4
Caja Prev. N° 50004946

CASA CENTRAL
R. N. 34 Km 257
SUNCHALES (Sta
WhatsApp (03493)

Fecha: 28/10/2026 | **Lugar de Emisión:** Sunchales

Tomador: CHURQUINA SAIQUITA RENE
Dirección: RN 40 (5560-Tunuyan)
Asociado: 5237057
CUIT/CUIL: 20-93096855-3
Situación ante el IVA: Responsable inscripto

Organizador N°: 100302
Productor N°: 222360
Zona/Oficina: 500

ACCIDENTES PERSONALES

Ramo/Prod.	Póliza	Ref / Certificado	N° Cupón	N° CUOTA	Fecha Emisión	Vigencia	
600 / 13	13634211	99797203 / 0	613147389	1	28/10/2026	28/10/2026	28/11/2026
2500 / 29	2356086	913066 / 0	613147390	1	28/10/2026	28/10/2026	28/11/2026

Código de Pago Electrónico
1000012253969
LINK PagoMisCuentas

VENCIMIENTOS

Fecha	TOTAL
31/10/2026	$ 127.538,70

PAGO CON QR

224-060-013-0613147389-13634211-01-0000000-01-6304-5237057-4

Póliza adherida a envío electrónico

SANCOR SEGUROS 80 Años

Cupón para el **INTERMEDIARIO**

RAMO	600
PÓLIZA	13634211
REFERENCIA	99797203
RECIBO	613147389

VIGENCIA

28/10/2026	28/11/2026

TOTAL $ 127.538,70

VENCIMIENTOS

Fecha	TOTAL
31/10/2026	$ 127.538,70

TOMADOR
CHURQUINA SAIQUITA RENE

DIRECCIÓN
RN 40 (5560-Tunuyan)

224-060-013-0613147389-13634211-01-0000000-01-6304-5237057-4

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 99797203 Póliza nro. 13634211

Certificado/Constancia de cobertura de póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 28/10/2026	Hasta las 12 hs 28/11/2026 (*)

Ref.Certif.: 1

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 28/10/2027
Según Cláusula de Cobranza del Premio Impresa.-

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza)
Asociado: 5237057 **DNI: 93096855**
Org.: 100302 Prod.: 222360 Zona/Ofic: 500

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Asegurado
CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO DNI: 37188131
COLONIA DE LAS ROSAS
5565 Colonia Las Rosas (Mendoza) - ARGENTINA

Beneficiario
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

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

CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO
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	**$ 67.000.000,00**
• Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente	**$ 67.000.000,00**
• Asist. Médica Farmacéutica	**$ 21.000.000,00**
• Subsidio por Fallecimiento	**$ 2.071.300,00**

Condiciones Particulares
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA 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".
EDADES ASEGURABLES PARA LA COBERTURA BASICA
-Edad mínima de ingreso: 14
-Edad máxima de ingreso: 80
-Edad máxima de permanencia: 80

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond. Part. (Condiciones Particulares)**

Conforme Cláusulas:
- Beneficiario (Nro. 100)

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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GUILLERMO DAVI
DIRECTOR DE SEGUROS

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 99797203 Póliza nro. 13634211

Certificado/Constancia de cobertura de póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 28/10/2026	Hasta las 12 hs 28/11/2026 (*)

Ref.Certif.: 2

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 28/10/2027
Según Cláusula de Cobranza del Premio Impresa.-

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza)
Asociado: 5237057 **DNI: 93096855**
Org.: 100302 Prod.: 222360 Zona/Ofic: 500

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Asegurado
CHURQUINA BRIAN EMANUEL DNI: 42510601
MARTA GALLARDO S N
5560 Arroyo Claro (Mendoza) - ARGENTINA

Beneficiario
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

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

CHURQUINA BRIAN EMANUEL
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	**$ 67.000.000,00**
• Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente	**$ 67.000.000,00**
• Asist. Médica Farmacéutica	**$ 21.000.000,00**
• Subsidio por Fallecimiento	**$ 2.071.300,00**

Condiciones Particulares
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA 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".
EDADES ASEGURABLES PARA LA COBERTURA BASICA
-Edad mínima de ingreso: 14
-Edad máxima de ingreso: 80
-Edad máxima de permanencia: 80

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond. Part. (Condiciones Particulares)**

Conforme Cláusulas:
- Beneficiario (Nro. 100)

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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GUILLERMO DAVI
DIRECTOR DE SEGUROS

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 99797203 Póliza nro. 13634211

Certificado/Constancia de cobertura de póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 28/10/2026	Hasta las 12 hs 28/11/2026 (*)

Ref.Certif.: 3

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 28/10/2027
Según Cláusula de Cobranza del Premio Impresa.-

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza)
Asociado: 5237057 **DNI: 93096855**
Org.: 100302 Prod.: 222360 Zona/Ofic: 500

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Asegurado
CHURQUINA SAIQUITA RENE DNI: 93096855
RN 40
5560 Tunuyan (Mendoza) - ARGENTINA

Beneficiario
Herederos Legales CUIT: 0000000099999

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

CHURQUINA SAIQUITA RENE
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**	**$ 67.000.000,00**
• **Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente**	**$ 67.000.000,00**
• **Asist. Médica Farmacéutica**	**$ 21.000.000,00**
• **Subsidio por Fallecimiento**	**$ 2.071.300,00**

Condiciones Particulares
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA 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".
EDADES ASEGURABLES PARA LA COBERTURA BASICA
-Edad mínima de ingreso: 14
-Edad máxima de ingreso: 80
-Edad máxima de permanencia: 80

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond. Part. (Condiciones Particulares)**

Conforme Cláusulas:
- Beneficiario (Nro. 100)
  De acuerdo a lo establecido en el Art. 156 de la Ley de Seguros Nº 17418 podrá ser beneficiario el contratante cuando tenga un interés económico lícito respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto.
- Defensor del Asegurado (Nro. 105)

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.

GUILLERMO DAVI
DIRECTOR DE SEGUROS

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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

Accidentes Personales

PEDIDO DE MODIFICACION SEGURO DE PERSONAS

Nº de trámite: 0600000000000185137151

Fecha y Hora de Carga: 29/10/2026 - 17:04:34

NRO. REFERENCIA	CERT.	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA		
99797203	0	29/10/2026	28/10/2027		
ORGANIZADOR NRO.	**PRODUCTOR NRO.**	**VENDEDOR NRO.**	**PARTICIPANTE NRO.**		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
100302	222360				

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL

CHURQUINA SAIQUITA RENE

TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO								FECHA DE NACIMIENTO			
DNI	LE	LC	CI												
X				9	3	0	9	6	8	5	5	4	3	1967	
CUIT/CUIL NRO.:	2	0	-	9	3	0	9	6	8	5	5	-	3		

TIPO DE MODIFICACION - DETALLE

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

Datos de la modificación del Certificado 0: Fecha de vigencia desde: 29/10/2026

Tipo de modificación: Inclusión/Modificación de clientes.
Trámite Emitido.

Certificados involucrados en la modificación: Rol Asegurado:
1: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO
2: (D0000042510601) CHURQUINA BRIAN EMANUEL
3: (D0000093096855) CHURQUINA SAIQUITA RENE

Certificados modificados:
1,2,3: Se agregó cliente: (J30-66313737-5) R P B SOCIEDAD ANONIMA Rol: Beneficiario, Tercero c/Cláus. no Repetición.
2,3: Se agregó cliente: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO Rol: Asegurado.

Certificados no modificados:
1,2,3: No se agregó cliente: (D0000093096855) CHURQUINA SAIQUITA RENE Rol: Tomador.
1: No se agregó cliente: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO Rol: Asegurado.

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: 29/10/2026 Hora: 17:05:46

Usuario: rpalleres302

Accidentes Personales

PEDIDO DE MODIFICACION SEGURO DE PERSONAS

Nº de trámite: 0600000000000185137151

Fecha y Hora de Carga: 29/10/2026 - 17:04:34

NRO. REFERENCIA	CERT.	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA		
99797203	0	29/10/2026	28/10/2027		
ORGANIZADOR NRO.	**PRODUCTOR NRO.**	**VENDEDOR NRO.**	**PARTICIPANTE NRO.**		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
100302	222360				

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL

CHURQUINA SAIQUITA RENE

TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO								FECHA DE NACIMIENTO			
DNI	LE	LC	CI												
X				9	3	0	9	6	8	5	5	4	3	1967	
CUIT/CUIL NRO.:	2	0	-	9	3	0	9	6	8	5	5	-	3		

TIPO DE MODIFICACION - DETALLE

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

Datos de la modificación del Certificado 0: Fecha de vigencia desde: 29/10/2026

Tipo de modificación: Inclusión/Modificación de clientes.
Trámite Emitido.

Certificados involucrados en la modificación: Rol Asegurado:
1: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO
2: (D0000042510601) CHURQUINA BRIAN EMANUEL
3: (D0000093096855) CHURQUINA SAIQUITA RENE

Certificados modificados:
1,2,3: Se agregó cliente: (J30-66313737-5) R P B SOCIEDAD ANONIMA Rol: Beneficiario, Tercero c/Cláus. no Repetición.
2,3: Se agregó cliente: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO Rol: Asegurado.

Certificados no modificados:
1,2,3: No se agregó cliente: (D0000093096855) CHURQUINA SAIQUITA RENE Rol: Tomador.
1: No se agregó cliente: (D0000037188131) CHURQUINA SANDRO MAXIMILIANO Rol: Asegurado.

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: 29/10/2026 Hora: 17:05:46

Usuario: rpalleres302