



### Solicitud de Cobertura



#### Datos del Solicitante

Apellido:		Tipo DNI:		DNI:	
Nombre:		Sexo:			
Fecha de Nacimiento:		Estado civil:		TIPO IVA:	
Domicilio:		Nº:		Código Postal:	
Provincia:		PISC:		DTO:	
Localidad:					
Email:		Teléfono:		Celular:	

#### Datos de Cobertura

Inicio de Vigencia					
Opción	Producto	Cobertura	Plan A	Plan B	Plan C
[ ]	Salud	Renta diaria por internación	\$ 150		
		Renta diaria - terapia intensiva	\$ 150		
		Enfermedades Graves - Cáncer	\$ 15.000		
		Enfermedades Graves - Infarto del Miocardio	\$ 15.000		
		Enfermedades Graves - ACV	\$ 15.000		
		Enfermedades Graves - Operación de By-Pass	\$ 15.000		
		Trasplante de riñón	\$ 30.000		
		Trasplante de hígado	\$ 30.000		
		Trasplante de corazón	\$ 30.000		
		Trasplante pulmonar	\$ 30.000		
		Trasplante cardiopulmonar	\$ 30.000		
		Trasplante de páncreas	\$ 30.000		
		Asistencia Salud	SI		
		Cuota Mensual	\$ 92		

Cuota Mensual \$ 92,00

Las cuotas correspondientes a esta operación serán debitadas de su tarjeta de crédito

Marca:	
Numero:	
Vencimiento:	

Condiciones particulares: Edad máxima de ingreso 65 años. Edad máxima de permanencia 70 años.

Validez: La presente Constancia de solicitud, de ningún modo representa un certificado de cobertura de seguros. La cobertura de seguros sólo tendrá validez una vez emitida la póliza correspondiente o el certificado de cobertura provisorio que la acredite.

Pago del seguro: La aceptación de la presente operación implica la autorización para debitar del medio de pago detallado en la presente, los débitos resultantes de la contratación de esta cobertura y de las sucesivas renovaciones a fin de dar cumplimiento a la cláusula de cobranzas de la póliza.

El incumplimiento de pago de cualquiera de las cuotas producirá la inmediata suspensión de la cobertura.

Veracidad de los datos: Por favor constate que los datos de la presente sean correctos, Si encuentra que alguno de ellos debiera ser modificado, dirijase a nuestras sucursales o comuníquese con el Centro de Atención a Clientes de la aseguradora.

Ante cualquier consulta sobre la cobertura, comuníquese al 0800-888-8772

En carácter de Declaración Jurada:

Se encuentra alcanzado como Sujeto Obligado conforme el artículo 20 de la ley 25.246 y modificatorias. En caso de que SI sea Sujeto Obligado: Declaro bajo juramento que CUMPLO/NO CUMPLO con las exigencias descriptas en el art. 21 de la mencionada Ley, a través de la estricta observancia de Políticas y Procedimientos que respondan a los lineamientos y regulaciones vigentes en la República Argentina para la Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo. Dichas Políticas y Procedimientos responden asimismo, a las Resoluciones emitidas por la Unidad de Información Financiera que sean aplicables.

Se reviste la calidad de Persona Políticamente Expuesta conforme la Resolución 134/2018 de la Unidad de Información Financiera. En caso afirmativo indicar cargo / función / jerarquía o relación con la persona políticamente expuesta:.....

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los (30) días de corrido, mediante la nueva presentación de una nueva declaración jurada, ya sea en forma personal o a través de medios electrónicos.

Por último se compromete a proporcionar de ser necesario, toda documentación relevante en forma adicional que lleve a tener una mayor claridad de su condición en materia de lo arriba mencionado.

FECHA Y HORA

Lugar y Fecha Firma y aclaración del Cliente

Montemar Compañía Financiera S.A Matricula N°205, actúa como Agente Insititorio de Seguros Sura S.A. CUIT: 30-5000012-7 Domicilio: Cecilia Grierson 255, Piso 1 C.A.B.A. Seguros Sura S.A. es una sociedad anónima autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación: 4338-4000 o 0800666-8400. www.ssn.gov.ar. Número de inscripción en el registro correspondiente de la SSN 0025.