CAJA DE SEGUROS S.A.

CUIT 30-66320562-1 INGRESOS BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957 C.P. (1414) CAPITAL FEDERAL

Por el presente, CAJA DE SEGUROS S.A. deja constancia que :

Datos del Tomador

Tomador : INETCOM S R L

Documento \ CUIT : 30-71173479-8

Domicilio : CATAMARCA 1540 DTO.A

Localidad : CAPITAL FEDERAL

Provincia : (C1246AAH) - CAPITAL FEDERAL

Datos de de la Póliza

Número : 5000-0135070-01

El Tomador tiene contratada con Caja de Seguros S.A. la póliza antes individualizada correspondiente al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 del PEN, Resolución n° 35.333 y modificatorias de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con vigencia desde: 01-10-2021 hasta: 01-10-2022, con un capital individual de $181500.00.- (pesos ciento ochenta y un mil quinientos) con una prima de $37.21.- (pesos treinta y siete con veintiun centavos) mensuales por cada $ 1.000.- (pesos mil) de suma asegurada. La vigencia de la póliza es anual y de renovación automática sujeta al cumplimiento de sus condiciones.

La presente constancia carece de validez si no se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) El personal informado en el listado adjunto no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S (Sistema Único de la Seguridad Social) o no comprueba el registro bajo el sistema de alta temprana. b) El tomador no acompañare comprobante de pago de la prima del seguro correspondiente al último vencimiento exigible con las modalidades, plazos y condiciones establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social o no pagare el próximo vencimiento.

CUIL\DNI	Apellido y Nombre
20-37007586-8	CASTIÑEIRA VIDAL DAMIAN MATIAS
20-39913960-1	PADIN LUIS MARIANO

Lugar y Fecha

Buenos Aires, 11 de Abril de 2022

Jorge Mignone
Gerente General

ASEGURADO	SECCION	POLIZA	SUPLEMENTO
INETCOM S.R.L. 1508959/0	ACCID. PERSONALES	9 - 619097	0 0
	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	Suc. 2 - 328015	0

CARLOS VILLATE 2661
OLIVOS C.P. B1636
BS.AS.
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO
CUIT: 30-71173479-8 72

BUENOS AIRES, 03/05/2021. Desde las 12hs del (**) hasta las 12hs del 27/05/2022.
(**) De acuerdo a la RG 21600 de la S.S.N., la vigencia de esta operación comenzara a partir de la fecha de pago total o parcial del premio facturado, y nunca antes del 27/05/2021

DESCRIPCION DEL RIESGO

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES
==========

CONDICIONES PARTICULARES

EL PRESENTE SEGURO SE EMITE BAJO LA FIGURA DE SEGURO COLECTIVO DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL PUNTO 3 DEL APARTADO "SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES", POR LO QUE EL TOMADOR MEDIANTE EL PAGO EN TERMINO DE LA PRIMA Y PREMIO PACTADO SE CONSTITUYE EN PRIMER BENEFICIARIO Y HASTA EL LIMITE DE SU QUEBRANTO PATRIMONIAL.

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

CONTINUA EN HOJA 2

D.N.R.P.:5000-3578 I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO C.U.I.T.:30-50003578-8 IMP.INT.:1959-857-8 ING.BRUTOS:921-750086-7

MONEDA	PRIMA		REC.FINANCIERO		SUB-TOTAL
$	3.824,26	0,00	0,00	0,00	3.824,26

T.SUP.+S.S.	INT.+SELL.	I.V.A.	R.G. 3337		PERC.IB BAS		PREMIO
42,07	62,42	803,09	114,73	0,00	95,61	0,00	4.942,18

TRANSFERENCIA	VENCIMIENTO PAGO
**********	06/06/2021

Las Condiciones Generales Anexas y las Clausulas Especiales que Seguidamente se Mencionan Forman Parte de Esta Poliza	POLIZA RENOVADA
C02 C06 008 009 C07**********	595853 0

			GTOS EXP	GTOS ADQ	T.C.N.
ORG.	AREDES JORGE GABRIEL	44675			
PROD.	AREDES JORGE GABRIEL	44675	946,56	1.116,22	1.657,96

204208 . 242080

Entre "BERKLEY INTERNATIONAL SEGUROS S.A.", Inscripción en SSN N° 0121, en adelante "EL ASEGURADOR" y quién se designa con el nombre de "Asegurado", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas a esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art. 12 de la Ley de Seguros).
El/los Contratantes y/o Beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución 28/2018 de la Unidad de Información Financiera s/Ley 25.246 y sus modificatorias.
El/los Contratantes y/o Beneficiarios/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución N° 38.477/2014 ("Normas sobre políticas, procedimientos y controles internos para combatir el Fraude") de la Superintendencia de Seguros de la Nación y modificatorias.
Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguro de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A.Roca 721 (CC1067), Ciudad de Buenos Aires, o el teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30.
Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar
RES.90/2001 Ministerio de Economía - Sistemas Habilitados para cancelación de premios:
Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos; entidades bancarias; tarjetas de créditos.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contactos encontrará disponibles en la página web (www.berkley.com.ar).
En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RESOLUCIÓN/PROVEIDO N° 375

ATENCION AL CLIENTE BERKLEY - 0810 555 3031

OSVALDO BORGHI
Sub-Gerente General
por el directorio

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ASEGURADO	SECCION	POLIZA	SUPLEMENTO
INETCOM S.R.L. 1508959/0	ACCID. PERSONALES	9 - 619097	0 0
	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	Suc. 2 - 328015	0

CARLOS VILLATE 2661
OLIVOS C.P. B1636
BS.AS.
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO
CUIT: 30-71173479-8 72

BUENOS AIRES, 03/05/2021. Desde las 12hs del (**) hasta las 12hs del 27/05/2022.
(**) De acuerdo a la RG 21600 de la S.S.N., la vigencia de esta operación comenzara a partir de la fecha de pago total o parcial del premio facturado, y nunca antes del 27/05/2021

HOJA 2 DE COND.PARTIC.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS (EXCEPTO DONDE SE INDIQUE PUNTUALMENTE) :

MUERTE ----------> $ 2.000.000,00

INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 2.000.000,00

ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 120.000,00

FRANQUICIAS :

Asistencia Médico-Farmacéutica para sumas superiores a $ 100.000.- hasta un maximo de $ 200.000.-: $ 5.000,00 por evento.

AMBITO DE COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA.-
SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE SE OTORGA COBERTURA EXCLUSIVAMENTE DURANTE EL HORARIO LABORAL E IN-ITINERE.-

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

PATRICIO MARIA CARBONELLI DNI 20368844 Fec.Nac: 13/03/1969
ACTIVIDAD : TECNICO EN COMPUTACION
SE OTORGA COBERTURA EXCLUSIVAMENTE HASTA UNA ALTURA MÁXIMA DE 6.0(SEIS)MTS.

BENEFICIARIOS (EXCEPTO EN LOS CASOS DETALLADOS PUNTUALMENTE) : EL TOMADOR EN PRIMER TERMINO Y HASTA EL LIMITE DE SU QUEBRANTO PATRIMONIAL.-

.

HACEMOS CONSTAR QUE EL LIMITE DE INDEMNIZACION ES LA SUMA ASEGURADA INDICADA ANTERIORMENTE, CON UN MAXIMO POR ACONTECIMIENTO DE $ 2.000.000,00.-

Detalle de edades límite:
EDAD MINIMA DE INGRESO: 14 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 70 AÑOS (Cumplidos los 70 años de edad se extinguen las coberturas)

(*) SERA/N EL/LOS UNICO/S BENEFICIARIO/S EN TANTO EL EVENTUAL SINIESTRO HAYA OCURRIDO MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL SERVICIO DE LA/S MISMA/S, CUMPLIENDO TAREAS INHERENTES A LA PERTINENTE CONTRATACIÓN Y/O EN CIRCUNSTANCIAS QUE LE/S GENERE/N RESPONSABILIDAD.
EN EL RESTO DE LOS CASOS EL BENEFICIARIO SERÁ EL TOMADOR DE LA POLIZA.-

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EL ASEGURADOR RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A SU DERECHO DE REPETIR

CONTINUA EN HOJA 3

ASEGURADO		SECCION	POLIZA	SUPLEMENTO
INETCOM S.R.L. 1508959/0		ACCID. PERSONALES	9 - 619097	0 0
		LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	Suc. 2 - 328015	0
CARLOS VILLATE 2661 OLIVOS C.P. B1636 BS.AS. IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT: 30-71173479-8 72		BUENOS AIRES, 03/05/2021. Desde las 12hs del (**) hasta las 12hs del 27/05/2022. (**) De acuerdo a la RG 21600 de la S.S.N., la vigencia de esta operación comenzara a partir de la fecha de pago total o parcial del premio facturado, y nunca antes del 27/05/2021		

HOJA 3 DE COND.PARTIC.

CONTRA (*), SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS, BIEN SEA CON FUNDAMENTOS EN EL ART. 395 DE LA LEY 24557, O EN CUALQUIER OTRA NORMA JURIDICA, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIES O DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A OTORGAR O ABONAR A LA/LAS PERSONAS ALCANZADAS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA, POR ACCIDENTES SUFRIDOS O CONTRAIDOS POR EL HECHO O EN OCASION DEL TRABAJO, O EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR Y EL LUGAR DE TRABAJO.-

(*): Prisma Medios de Pago S.A. / CUIT: 30-59891004-5
ASSETCO SA / CUIT: 30-70774551-3
FIDEICOMISO DE ADMINISTRACION TORRE CATALINA NORTE
CUIT: 33-7153845-9
CONSULTATIO SA / CUIT: 30-58748035-9
BBVA BANCO FRNACES SA / CUIT: 30-50000319-3
TMF TRUST COMPANY (ARGENTINA) SA / CUIT: 30-70832912-2
ACEITERA GENERAL DEHEZA SA / CUIT: 30-50287435-3
ZURICH ARGENTINA COMPANIA DE SEGUROS SA CUIT: 30-50004977-0
DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.
* *
* *
* *

ASEGURADO	SECCION	POLIZA	SUPLEMENTO
INETCOM S.R.L. 1508959/0	ACCID. PERSONALES	9 - 619097	0 0
	LUGAR Y FECHA DE EMISION - VIGENCIA	Suc. 2 - 328015	0

CARLOS VILLATE 2661
OLIVOS C.P. B1636
BS.AS.
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO
CUIT: 30-71173479-8 72

BUENOS AIRES, 03/05/2021. Desde las 12hs del (**) hasta las 12hs del 27/05/2022.
(**) De acuerdo a la RG 21600 de la S.S.N., la vigencia de esta operación comenzara a partir de la fecha de pago total o parcial del premio facturado, y nunca antes del 27/05/2021

FACTURA

PA : $ 3.824,26 REC.FIN : 0,00
IVA TASA: 803,09 RG 3337 : 114,73 IVA RFI : 0,00
IMP+SELL: 104,49 PERC.IB BAS : 95,61
PO : $ 4.942,18

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE	OBSERVACIONES
1	06/06/2021	496,18	. . . . .
2	06/07/2021	494,00	. . . . .
3	06/08/2021	494,00	. . . . .
4	06/09/2021	494,00	. . . . .
5	06/10/2021	494,00	. . . . .
6	06/11/2021	494,00	. . . . .
7	06/12/2021	494,00	. . . . .
8	06/01/2022	494,00	. . . . .
9	06/02/2022	494,00	. . . . .
10	06/03/2022	494,00	. . . . .

DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.
ORG. : 204208 - AREDES JORGE GABRIEL
PROD. : 242080 - AREDES JORGE GABRIEL
PLAN : A3 - CATEGORIA 3 (ANUAL)

RIESGO : AP COLECTIVO

Berkley Argentina Seguros

CONSTANCIA DE PAGO

Se deja expresa constancia por medio del presente certificado que INETCOM S.R.L. se encuentra asegurado en esta Compañía bajo el Nro. de Póliza 09 - 00619097.-

La póliza de referencia es abonada mediante débito en CBU Nro. **********0669.-

Se extiende el presente, para ser presentado ante quien corresponda, en la ciudad de BUENOS AIRES, a los 31 días del mes de Mayo de 2021 con validez hasta la fecha 27/05/2022

PABLO M. MUYA
GERENTE ADMINISTRATIVO
BERKLEY INTERNATIONAL SEGUROS S.A.
U.R.B.A.

CAJA DE SEGUROS S.A.

CUIT 30-66320562-1 INGRESOS BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957 C.P. (1414) CAPITAL FEDERAL

Por el presente, CAJA DE SEGUROS S.A. deja constancia que :

Datos del Tomador

Tomador : INETCOM S R L

Documento \ CUIT : 30-71173479-8

Domicilio : CATAMARCA 1540 DTO.A

Localidad : CAPITAL FEDERAL

Provincia : (C1246AAH) - CAPITAL FEDERAL

Datos de de la Póliza

Número : 5000-0135070-01

El Tomador tiene contratada con Caja de Seguros S.A. la póliza antes individualizada correspondiente al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 del PEN, Resolución n° 35.333 y modificatorias de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con vigencia desde: 01-10-2021 hasta: 01-10-2022, con un capital individual de $181500.00.- (pesos ciento ochenta y un mil quinientos) con una prima de $37.21.- (pesos treinta y siete con veintiun centavos) mensuales por cada $ 1.000.- (pesos mil) de suma asegurada. La vigencia de la póliza es anual y de renovación automática sujeta al cumplimiento de sus condiciones.

La presente constancia carece de validez si no se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) El personal informado en el listado adjunto no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S (Sistema Único de la Seguridad Social) o no comprueba el registro bajo el sistema de alta temprana. b) El tomador no acompañare comprobante de pago de la prima del seguro correspondiente al último vencimiento exigible con las modalidades, plazos y condiciones establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social o no pagare el próximo vencimiento.

CUIL\DNI	Apellido y Nombre
20-37007586-8	CASTIÑEIRA VIDAL DAMIAN MATIAS
20-39913960-1	PADIN LUIS MARIANO

Lugar y Fecha

Buenos Aires, 05 de Mayo de 2022

Jorge Mignone
Gerente General

CAJA DE SEGUROS S.A.

CUIT 30-66320562-1 INGRESOS BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957 C.P. (1414) CAPITAL FEDERAL

Por el presente, CAJA DE SEGUROS S.A. deja constancia que :

Datos del Tomador

Tomador : INETCOM S R L

Documento \ CUIT : 30-71173479-8

Domicilio : CATAMARCA 1540 DTO.A

Localidad : CAPITAL FEDERAL

Provincia : (C1246AAH) - CAPITAL FEDERAL

Datos de de la Póliza

Número : 5000-0135070-01

El Tomador tiene contratada con Caja de Seguros S.A. la póliza antes individualizada correspondiente al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 del PEN, Resolución n° 35.333 y modificatorias de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con vigencia desde: 01-10-2021 hasta: 01-10-2022, con un capital individual de $181500.00.- (pesos ciento ochenta y un mil quinientos) con una prima de $37.21.- (pesos treinta y siete con veintiun centavos) mensuales por cada $ 1.000.- (pesos mil) de suma asegurada. La vigencia de la póliza es anual y de renovación automática sujeta al cumplimiento de sus condiciones.

La presente constancia carece de validez si no se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: a) El personal informado en el listado adjunto no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S (Sistema Único de la Seguridad Social) o no comprueba el registro bajo el sistema de alta temprana. b) El tomador no acompañare comprobante de pago de la prima del seguro correspondiente al último vencimiento exigible con las modalidades, plazos y condiciones establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social o no pagare el próximo vencimiento.

CUIL\DNI	Apellido y Nombre
20-37007586-8	CASTIÑEIRA VIDAL DAMIAN MATIAS
20-39913960-1	PADIN LUIS MARIANO

Lugar y Fecha

Buenos Aires, 05 de Mayo de 2022

Jorge Mignone
Gerente General

INETCOM S.R.L.
infraestructura en tecnología & comunicaciones

Bs. As.,8 de junio de 2022

Señores:
BBVA Argentina S.A.
Presente

Ref.: Patricio Maria Carbonelli

De nuestra consideración:

Por medio de la presente Me dirijo a ustedes para informarles por error se Me declare como empleado de inetcom SRL.
Siendo yo, Patricio Maria Carbonelli, el socio Gerente de Inetcom SRL.

Atte.



Patricio Carbonelli
INETCOM SRL