San Cristóbal Seguros

RAMO	SUBRAMO	NRO POLIZA / FACTURA
ACCIDENTES PERSONALES	Colectivo	01-02-06-30044016

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HS. DEL 03/07/2023 HASTA LAS 00 HS. DEL 03/01/2024

LUGAR Y FECHA DE EMISION: SANTA FE, 03-07-2023 — CONCEPTO: EMISIÓN

COND. DE IVA	Nº CUIT	TIPO Y Nº DOC	CLAVE BANELCO	CLAVE LINK
Inscripto	20-35445262-7	D.N.I. 35445262	0200382746	0200382746

M.S.G. (en adelante LA SOCIEDAD), bajo las Condiciones Particulares y Generales y Cláusulas y Anexos de la presente Póliza, las que son convenidas para ser ejecutadas de buena fe, y de conformidad e seguro presentada por el Socio Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato. La presente es válida como comprobante (R.G. Nº 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

RTICULARES / RIESGOS ASEGURADOS

	SUMA ASEGURADA POR PERSONA
ipo 1	
dental	$ 7.000.000,00
al y/o parcial permanente por accidente	$ 7.000.000,00
édico farmacéutica - Sin Franquicia	$ 700.000,00

al de Asegurados: 1

bertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

a constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la arece de derechos de repetición contra los CUIT declarados a continuación: 30-52671272-9 - LDC ARGENTINA SA
7 - UNION CEREALERA SA
- TERMINALES Y SERVICIOS SA
- FONDOMONTE SOUTH AMERICA SA
- PILAGA SA
- ADECO AGROPECUARIA SA
- R P B SOCIEDAD ANONIMA

o beneficiario en primer término del listado detallado a continuación, a aquélla empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al rrencia de un evento cubierto por la presente póliza.
Sturtz Raul
estro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.
Indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total de Muerte Accidental y $ 30.000.000.-

PAGO : Débito Directo - Envío de Cupón Digital: No
NGRESO: 18
NGRESO: 69
PERMANENCIA COBERTURA BASICA: 75
PERMANENCIA COBERTURAS ADICIONALES: 65
cobertura: Anexo 1
Unidad de Información Financiera: Anexo 9L
la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible OS)

erales y la Cláusula de Cobranza del Premio adjuntas conforman esta póliza, así como los Anexos y las Cláusulas contenidas en las Condiciones Particulares que se mencionan a continuación.

EMIO	MONEDA			Pesos
REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	PERC. IVA
$ **2.122,76	13,60%	$ **18.451,66	$ **3.874,85	$ **553,55
IMPUESTOS/TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC.TSeH LA PLATA	PREMIO
$ **203,55	$ **229,91	$ **816,45	$ **0,00	$ **24.721,00

a dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la guros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente a 4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación p ación con relación a la entidad aseguradora.

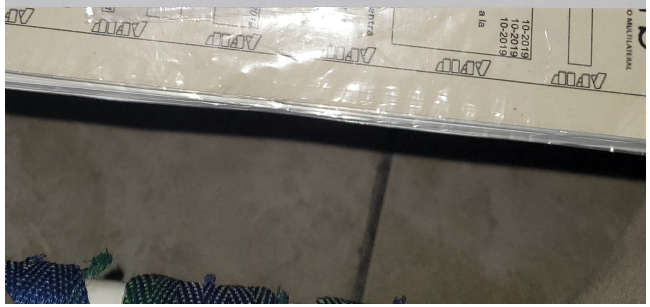
	Nº MATRICULA
MARIO ENRIQUE	1560

RAMO	ORGANIZADOR
06	02-005096 - DIEZ RODOLFO OSCAR

ada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución no Accidentes Personales/ Nº de Expediente Electrónico CTYM-SSN

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

Diego Guaria
Gerente General



San Cristóbal Seguros

RAMO	SUBRAMO	NRO POLIZA / FACTURA
ACCIDENTES PERSONALES	Colectivo	01-02-06-30044016

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HS. DEL 03/07/2023 HASTA LAS 00 HS. DEL 03/01/2024

LUGAR Y FECHA DE EMISION: SANTA FE, 03-07-2023 — CONCEPTO: EMISIÓN

COND. DE IVA	Nº CUIT	TIPO Y Nº DOC	CLAVE BANELCO	CLAVE LINK
Inscripto	20-35445262-7	D.N.I. 35445262	0200382746	0200382746

M.S.G. (en adelante LA SOCIEDAD), bajo las Condiciones Particulares y Generales y Cláusulas y Anexos de la presente Póliza, las que son convenidas para ser ejecutadas de buena fe, y de conformidad e seguro presentada por el Socio Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato. La presente es válida como comprobante (R.G. Nº 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

RTICULARES / RIESGOS ASEGURADOS

	SUMA ASEGURADA POR PERSONA
ipo 1	
dental	$ 7.000.000,00
al y/o parcial permanente por accidente	$ 7.000.000,00
édico farmacéutica - Sin Franquicia	$ 700.000,00

al de Asegurados: 1

bertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

a constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la arece de derechos de repetición contra los CUIT declarados a continuación: 30-52671272-9 - LDC ARGENTINA SA
7 - UNION CEREALERA SA
- TERMINALES Y SERVICIOS SA
- FONDOMONTE SOUTH AMERICA SA
- PILAGA SA
- ADECO AGROPECUARIA SA
- R P B SOCIEDAD ANONIMA

o beneficiario en primer término del listado detallado a continuación, a aquélla empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al rrencia de un evento cubierto por la presente póliza.
Sturtz Raul
estro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.
Indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total de Muerte Accidental y $ 30.000.000.-

PAGO : Débito Directo - Envío de Cupón Digital: No
NGRESO: 18
NGRESO: 69
PERMANENCIA COBERTURA BASICA: 75
PERMANENCIA COBERTURAS ADICIONALES: 65
cobertura: Anexo 1
Unidad de Información Financiera: Anexo 9L
la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible OS)

erales y la Cláusula de Cobranza del Premio adjuntas conforman esta póliza, así como los Anexos y las Cláusulas contenidas en las Condiciones Particulares que se mencionan a continuación.

EMIO	MONEDA			Pesos
REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	PERC. IVA
$ **2.122,76	13,60%	$ **18.451,66	$ **3.874,85	$ **553,55
IMPUESTOS/TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC.TSeH LA PLATA	PREMIO
$ **203,55	$ **229,91	$ **816,45	$ **0,00	$ **24.721,00

a dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la guros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente a 4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación p ación con relación a la entidad aseguradora.

	Nº MATRICULA
MARIO ENRIQUE	1560

RAMO	ORGANIZADOR
06	02-005096 - DIEZ RODOLFO OSCAR

ada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución no Accidentes Personales/ Nº de Expediente Electrónico CTYM-SSN

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

Diego Guaria
Gerente General

