San Cristóbal Seguros

COMPROBANTE DECLARACIÓN DE COBRANZAS DCP0701005479

Sucursal Mendoza Código de Agente 07-005031

Nombre del Agente TELLO PABLO ANDRES

Organizador 07-900001

Nombre Rendición santarrossa DIC.23

Fecha Declaración 13/12/2023 18:57:54 Fecha Probable de Ingreso 25/12/2023 Moneda ARS

Cantidad de Cobranzas declaradas: 8

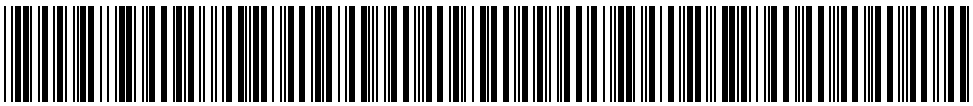
Monto TOTAL a declarar: $ 106.651,00

La recepción de los pagos que integran esta Planilla no representa novación de las obligaciones del asegurado ni aceptación por parte de la Sociedad de la falta de vigencia de la suspensión automática de la cobertura prevista en la Cláusula de Cobranza del Premio, si el importe que se recibe es inferior al previsto en cada cuota pactada, caso en el cual, consecuentemente, la suspensión automática de la cobertura se producirá en la forma prevista en la mencionada Cláusula.
Asimismo, si el pago que se acredita ha sido efectuado vencido el plazo previsto en el Plan de Pagos que integra la póliza, la cobertura suspendida en virtud de la Cláusula de Cobranzas sólo queda rehabilitada desde la hora “12” del día siguiente al del efectivo pago íntegro de la deuda vencida y exigible y con efecto para el futuro. Los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura permanecen sin cobertura.

.....

Firma y Sello

Pago	Póliza	Socio	Monto	Vencimiento	Número de Cupón
1	07-01-30447979	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 16.288,00	29/12/2023	1092489497
2	07-01-30450356	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 9.921,00	20/12/2023	1092780849
3	07-01-30451281	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 13.407,00	15/12/2023	1092904186
4	07-01-30451382	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 4.187,00	23/12/2023	1092941355
5	07-01-30461368	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 16.542,00	24/12/2023	1094194189
6	07-01-30472347	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 21.704,00	27/12/2023	1095638043
7	07-06-30019523	DANIEL ALEJANDRO SANTAROSSA	$ 2.798,00	19/12/2023	1086755303
8	07-12-30000886	DANIEL ANTONIO SANTAROSSA	$ 21.804,00	29/12/2023	1080577465



01920701005479070050310000106651001312231857000000000005

Galicia

APP GALICIA

Detalle de la transferencia a tercero

Fecha:	Hora:	Nro. de Operación:
13/12/2023	20:10	31916396525

Monto:
$106.651

Transferido a:
San Cristobal S M S G

CUIT/CUIL:
34-50004533-9

Cuenta crédito:
CC$ 6513-1 075-8

Cuenta en:
Banco De Galicia S.A.U

Originante:
DANIEL ALEJANDRO SANTAROSSA

CUIT/CUIL:
20-33131573-8

Cuenta débito:
CA$ 4003677-3 225-5

Concepto:
Varios

Seguro de Accidentes Personales
Certificado Individual de Incorporación

San Cristóbal Seguros

Nº de PÓLIZA: 01-07-06-30019523
Certificado Nº: 1
FECHA DE EMISIÓN: 19/12/2023
LUGAR DE EMISIÓN: Mendoza
VIGENCIA: 04/05/2023- 04/05/2024

TOMADOR: SANTAROSSA DANIEL ALEJANDRO
Domicilio: Paso Del Planchon 2606 5513 LUZURIAGA, MENDOZA

DATOS DEL ASEGURADO
Nombre y Apellido: Daniel Alejandro Santarossa
C.U.I.L.: 20-33131573-8
Fecha de Nacimiento: 07/10/1987
Ocupación: Chofer camiones carga en general no peligrosa

BENEFICIARIOS

Tomador

Edad Mínima de Incorporación: 18
Edad Máxima de Incorporación: 69

Ámbito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

Se deja expresa 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 Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados a continuación: 30-58673333-4 - CARTOCOR SA
30-59901262-8 - VENADOS MANUFACTURA PLASTICA SA
30-68990118-9 - ENTEC ARGENTINA SRL
30-52778669-6 - Compañia Molinera Sur Saci
30-62832360-3 - Grupo Simpa SA
30-66313737-5 - R P B Sociedad Anonima

COBERTURAS DEL SEGURO

Reembolso de Gastos por Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos

Capital Asegurado	10% Suma de muerte

Muerte accidental

Capital Asegurado	$5000000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente

Capital Asegurado	$5000000

Asistencia Médica Farmacéutica Prestacional

Capital Asegurado	$1000000

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El Asegurado que se identifica en este “Certificado de Incorporación” tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

SR. ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio.
Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento.
Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.

ADVERTENCIA: Si el texto del presente certificado de incorporación difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

La Entidad Aseguradora 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 haber sido resuelto el 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 Superintendencia de Seguros 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 al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (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 podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Advertencia al Asegurado– La Resolución ME Nº 429/00, modificada por la Resolución ME Nº 407/01, especifica en su artículo 1º que 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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley Nº 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.

Diego Guaita
Gerente General

Seguro de Accidentes Personales
Certificado Individual de Incorporación

San Cristóbal Seguros

Nº de PÓLIZA: 01-07-06-30019523
Certificado Nº: 1
FECHA DE EMISIÓN: 19/12/2023
LUGAR DE EMISIÓN: Mendoza
VIGENCIA: 04/05/2023- 04/05/2024

TOMADOR: SANTAROSSA DANIEL ALEJANDRO
Domicilio: Paso Del Planchon 2606 5513 LUZURIAGA, MENDOZA

DATOS DEL ASEGURADO
Nombre y Apellido: Daniel Alejandro Santarossa
C.U.I.L.: 20-33131573-8
Fecha de Nacimiento: 07/10/1987
Ocupación: Chofer camiones carga en general no peligrosa

BENEFICIARIOS

Tomador

Edad Mínima de Incorporación: 18
Edad Máxima de Incorporación: 69

Ámbito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

Se deja expresa 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 Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados a continuación: 30-58673333-4 - CARTOCOR SA
30-59901262-8 - VENADOS MANUFACTURA PLASTICA SA
30-68990118-9 - ENTEC ARGENTINA SRL
30-52778669-6 - Compañia Molinera Sur Saci
30-62832360-3 - Grupo Simpa SA
30-66313737-5 - R P B Sociedad Anonima

COBERTURAS DEL SEGURO

Reembolso de Gastos por Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos

Capital Asegurado	10% Suma de muerte

Muerte accidental

Capital Asegurado	$5000000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente

Capital Asegurado	$5000000

Asistencia Médica Farmacéutica Prestacional

Capital Asegurado	$1000000

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El Asegurado que se identifica en este “Certificado de Incorporación” tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

SR. ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio.
Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento.
Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.

ADVERTENCIA: Si el texto del presente certificado de incorporación difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

La Entidad Aseguradora 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 haber sido resuelto el 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 Superintendencia de Seguros 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 al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (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 podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Advertencia al Asegurado– La Resolución ME Nº 429/00, modificada por la Resolución ME Nº 407/01, especifica en su artículo 1º que 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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley Nº 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.

Diego Guaita
Gerente General