Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 022420300400000000000000000024801090000000000199306525505212-10000075100200000013701209 89

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL CUIT: 30-65255052-1
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Seg. Vida Obligat.(D.1567/74) - Personas aseguradas según anexo adjunto.
Período facturado: desde el 01/01/2024 hasta el 01/02/2024
Prima: $ 7.757,64 Derecho de emisión: $ 25,00

98C9552D9DB133BEA0DC69F32402043/2480109

C.U.I.C.: *98C9552D9DB133BEA0DC69F32402043/2480109*

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte**	**$ 37.842.750,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

• **Anexo (Condiciones Generales)**

Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia Decreto N° 1567/74, según Resolución N° 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

Artículo 2°. EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador,sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.

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 Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima.
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada.
La suma asegurada será equivalente a la de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM).
Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVM publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente. La SSN comunicará anualmente con la suficiente antelación la misma, tanto a las Entidades Aseguradoras autorizadas para su correcta emisión y endosos de pólizas que correspondan, como así también a la Administración Federal de Ingresos Públicos para la actualización del valor mensual de la prima individual en el sistema de declaración jurada (F.931) que utilizan los empleadores para el pago correspondiente de primas.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74", que lleva la SSN.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro.
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP);
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación".
Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.
Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia
Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos.

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica;
b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente;
c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (45 cm.) de ancho.
Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1)

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios", que como Anexo II) forma parte del presente.
En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente Artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD-TRASPASO DE ASEGURADORA
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (0) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador - empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (0) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12).
Entre VEINTISÉIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17).
Más de CINCUENTA (50) asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras. Atento a la naturaleza particular del Seguro

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

Artículo 11. PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento. Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

Artículo 12. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;
2) CUIT del tomador-empleador;
3) Período declarado;
4) Identificación de las CUIL declaradas;
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7) Fecha de procesamiento;
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;
9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;
12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas.
A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s. La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.
Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 022420300400000000000000000002480109000000000001993065255052l2-10000075100200000013701209 89

12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.
A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.
Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia de pago del premio;
5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final;
6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;
7) Formulario de Designación de Beneficiarios;
8) En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;
9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real;

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

b) Derechohabientes;
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.
Completada la documentación suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias. Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;
ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago; En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;
2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;
3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;
4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora;
Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 16. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2° del presente anexo;
b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC);
c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido, a través del Sistema Kausay, datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas;
d) Que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Artículo 12 - 12.1 del presente Anexo;
e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

Artículo 17. PROHIBICIONES
Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1) Otorgar bonificaciones;
2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento;
3) Efectuar publicidad directa;
4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento;
5) Efectuar pagos graciables;
6) Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores;
7) Coasegurar y reasegurar.

Artículo 18. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

Advertencia al Tomador/Asegurado:

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

Medios Habilitados de Pago de Premios
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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. 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.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

PRODUCTOR - ASESOR

- **GALLARDO HUGO MAXIMILIANO (Matr. 75100) (Productor)**

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	ADIC. ADM.	GTOS. PÓLIZA	DER. EMIS.	CARGO FINANC.	NETO GRAV.	I.V.A.	PER. I.V.A. S. NO CAT.
7.757,64	0,00	0,00	0,00	0,00	7.757,64	0,00	0,00

I.V.A. PERCEP.	IMP. Y TASAS	SELL. PROV.	ING. BRUTOS PERCEP.	PREMIO	AUMENTO CAP.	TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	7.782,64	0,00	**7.782,64**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 12.618.918	ALMEIDA JOSE ELISEO	65			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 26.935.531	ARRUA FERNANDO ARIEL	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.041.928	ARRUA VICTOR ANIBAL	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 40.420.880	BARNES JOSE ARMANDO	26			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 33.073.216	BARON JONATHAN HERNAN	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.458.439	BATISTA CARLOS ALFONSO	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 42.592.949	BENITEZ ESTEBAN DAMIAN	23			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.352.123	BENITEZ JULIO ROBERTO	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 30.793.368	BURTNIK CARLOS SEBASTIAN	39			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 30.723.182	CABRAL GUSTAVO GABRIEL	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 28.556.288	CABRAL JUAN MANUEL	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 26.610.156	CABRERA JUAN RAMON	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 17.680.181	CAMACHO JUAN CARLOS	57			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 31.792.664	CARDOZO GUSTAVO LUIS	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 26.414.511	CARRIZO ARIEL RICARDO	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 23.483.012	CARRIZO JUAN RAMON	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.728.069	CASTILLO FRANCISCO ROMAN	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.470.326	CASTILLO SERGIO GERMAN	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 30.149.070	CASTILLO VICTOR RAMON	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 40.195.238	CASTILLO WALTER ANIBAL	26			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 19.080.729	CAVIA GUILLERMO	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.841.904	CAVIA MARCELO FABIAN	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.183.840	CRISTALDO ARNALDO RICHARD	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 20.757.343	CRISTALDO NOR GUILLERMO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 23.483.011	CRISTALDO WALTER WILSON	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.855.037	CUBICHEN ADRIAN JOSE	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 44.389.306	DOS SANTOS SANTIAGO ADRIAN	23			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 26.016.687	DUARTE MARTA DELICIA	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 21.758.337	DUTRA HECTOR FABIAN	53			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 28.212.207	DUTRA HUGO ANTONIO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 23.987.899	EBERHART DANIEL OMAR	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 28.889.757	EBERHART PEDRO OMAR	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 29.770.964	ESCOBAR EDELMIRO	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 35.005.863	FEDORISCHAK ALDO ESTEBAN	32			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.511.524	FEDORISCHAK JULIAN HORACIO	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 41.231.478	FERNANDEZ ENZO ORLANDO	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.040.928	FERNANDEZ LEONARDO ERNESTO	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 31.792.635	FERREYRA ALDO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 29.482.722	FUSZTEY HECTOR JESUS	41			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.040.949	GOMEZ LEONARDO DANIEL	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 30.433.821	GONZALEZ SERGIO OMAR	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 17.135.274	GRAEF TITO MANUEL	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	Prov.N.P 1.800.599	JAÑEK RAFAEL DOMINGO				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 24.738.995	JARA RAMON ANGEL	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 14.245.983	KACHUK ROBERTO RAMON	62			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.300.831	KOZUR ALBERTO MARTIN	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 24.537.329	KOZUR HORACIO GUSTAVO	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 17.496.535	KRUSZELNICKI TERESITA JULIA	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 34.756.961	LAYH WALTER MAXIMILIANO	33			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.118.742	LEDESMA JUAN	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 20.119.918	LENCINA MIGUEL ANGEL	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 40.897.438	MACHADO LUCAS JOSE	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	Prov.N.P 1.663.651	MACIEL GABRIEL DAVID				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 40.507.928	MAIDANA ANTONELA GISEL	26			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.177.813	MAIDANA CRISTIAN CESAR	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 38.139.013	MARTINEZ ERIC RUBEN	29			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.888.365	MARTINEZ HUMBERTO ARNALDO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 40.919.638	MATLUK CRISTIAN LUIS	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.281.653	MATLUK LUIS VICTOR	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.583.300	MENDIETA VICENTE ANTONIO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 33.638.434	MONTERO JULIO CESAR	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.622.572	MOROZ SERGIO DAMIAN	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 24.105.647	MUSSARD CLAUDIO MARCELO	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 34.427.826	NACIMENTO WALTER DANIEL	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 34.895.306	NACIMIENTO ALEJANDRO RAFAEL	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.183.891	NACIMIENTO RAMON ALBERTO	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 18.138.354	NAVARRO CLAUDIO NICOLAS	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 43.946.305	NUNEZ GUILLERMO AGUSTIN	21			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 31.792.615	NUNEZ RAFAEL MARIA	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 36.456.655	OLINISKI LUCAS ARIEL	30			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 20.757.257	OLIVERA JAVIER GUSTAVO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.352.130	ORTIGOZA RAMON OSCAR	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 26.787.489	ORTIZ JUAN MANUEL	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 33.057.944	PAVON ISIDRO SEBASTIAN	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 16.205.975	PEREYRA DE MATTOS RAMON ANIBAL	60			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 23.531.068	PIÑEIRO RUBEN EMILIO	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 28.556.326	PINTOS DA SILVA JUAN DOMINGO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 22.768.830	RACCONE DIEGO ALEJANDRO	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 20.119.966	RAMIREZ IRRITO LUIS	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	Prov.N.P 1.800.600	RAMIREZ LEONARDO OSCAR				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 33.736.527	RODRIGUEZ DIEGO OMAR	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.066.442	RODRIGUEZ HUGO ORLANDO	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 33.638.459	RODRIGUEZ LEONARDO RAMON	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 37.972.591	RODRIGUEZ SILVIA ANDREA	29			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 31.760.163	ROJAS CARLOS ALBERTO	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 31.514.517	ROMERO ANGEL	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2402043	**2480109**	**1**	1720	1	102226	224279	07/12/2023	109.2	VOR002402043	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 29.528.952	SALA MANUEL ANIBAL	41			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 37.083.283	SANCHEZ LUCAS MAXIMILIANO	31			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 29.210.922	SANTANA HECTOR EDUARDO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 14.850.984	SAS MARIO ANIBAL	60			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 27.300.843	SUAREZ ROBERTO CARLOS	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 12.235.992	TACHILE MARIO ANTONIO	65			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 28.765.708	TELL ANIBAL ORLANDO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.040.918	TRUSSI DARIO RENE	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 24.738.909	VERON WILSON FABIAN	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 34.895.383	VIERA LOPEZ MARIA ANGELICA	33			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 25.622.519	VILLALBA ALFREDO VALERIANO	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.528.817	ZALAZAR LUIS	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025
	DNI 32.528.842	ZALAZAR WALTER DANIEL	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2024	01/01/2025

Cantidad de adherentes: 99

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 022420300400000000000000000024801090000000000199306525505212-10000075100200000013701209 89

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL CUIT: 30-65255052-1
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Seg. Vida Obligat.(D.1567/74) - Personas aseguradas según anexo adjunto.
Período facturado: desde el 01/01/2024 hasta el 01/02/2024
Prima: $ 7.757,64 Derecho de emisión: $ 25,00

98C9552D9DB133BEA0DC69F32402043/2480109

C.U.I.C.: *98C9552D9DB133BEA0DC69F32402043/2480109*

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte**	**$ 37.842.750,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

• **Anexo (Condiciones Generales)**

Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia Decreto N° 1567/74, según Resolución N° 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

Artículo 2°. EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador,sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.

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 Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima.
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada.
La suma asegurada será equivalente a la de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM).
Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVM publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente. La SSN comunicará anualmente con la suficiente antelación la misma, tanto a las Entidades Aseguradoras autorizadas para su correcta emisión y endosos de pólizas que correspondan, como así también a la Administración Federal de Ingresos Públicos para la actualización del valor mensual de la prima individual en el sistema de declaración jurada (F.931) que utilizan los empleadores para el pago correspondiente de primas.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74", que lleva la SSN.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro.
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP);
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación".
Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.
Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia
Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos.

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica;
b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente;
c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (45 cm.) de ancho.
Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1)

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios", que como Anexo II) forma parte del presente.
En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente Artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD-TRASPASO DE ASEGURADORA
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (0) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador - empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (0) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12).
Entre VEINTISÉIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17).
Más de CINCUENTA (50) asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras. Atento a la naturaleza particular del Seguro

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

Artículo 11. PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento. Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

Artículo 12. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;
2) CUIT del tomador-empleador;
3) Período declarado;
4) Identificación de las CUIL declaradas;
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7) Fecha de procesamiento;
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;
9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;
12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas.
A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s. La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.
Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 022420300400000000000000000002480109000000000001993065255052l2-10000075100200000013701209 89

12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.
A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.
Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia de pago del premio;
5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final;
6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;
7) Formulario de Designación de Beneficiarios;
8) En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;
9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real;

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

b) Derechohabientes;
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.
Completada la documentación suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias. Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;
ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago; En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;
2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;
3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;
4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora;
Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 16. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2° del presente anexo;
b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC);
c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido, a través del Sistema Kausay, datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas;
d) Que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Artículo 12 - 12.1 del presente Anexo;
e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

Artículo 17. PROHIBICIONES
Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1) Otorgar bonificaciones;
2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento;
3) Efectuar publicidad directa;
4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento;
5) Efectuar pagos graciables;
6) Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores;
7) Coasegurar y reasegurar.

Artículo 18. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

Advertencia al Tomador/Asegurado:

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2402043 Póliza nro. 2480109
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2024	**Hasta las 0 hs 1/1/2025**

Tomador
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
LOTE AGRICOLA 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2

Emitida en Sunchales el día jueves 7 de diciembre de 2023

CUIP: 0224203004000000000000000000024801090000000000019930652550521 2-10000075100200000013701209 89

Medios Habilitados de Pago de Premios
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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. 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.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

PRODUCTOR - ASESOR

- **GALLARDO HUGO MAXIMILIANO (Matr. 75100) (Productor)**

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	ADIC. ADM.	GTOS. PÓLIZA	DER. EMIS.	CARGO FINANC.	NETO GRAV.	I.V.A.	PER. I.V.A. S. NO CAT.
7.757,64	0,00	0,00	0,00	0,00	7.757,64	0,00	0,00

I.V.A. PERCEP.	IMP. Y TASAS	SELL. PROV.	ING. BRUTOS PERCEP.	PREMIO	AUMENTO CAP.	TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	7.782,64	0,00	**7.782,64**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 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.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS