Instituto Asegurador Mercantil

CONSTANCIA DE POLIZA .

Asegurado ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***

Domicilio ***CHILE 2910***

Localidad (***3200***) ***BARRIO CREMONTE***
ENTRE RIOS

CUIT ***30-71138188-7***

Seguro ***PACTO SOCIAL***
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
- Resolución Nº 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.-

Póliza **30 - 829193**

Vigencia: ***1/10/2024*** al ***30/09/2025***

CUIP:03812030040000000000000000000082919300000000000009307113818873-20000000000000000000000000006

Cobertura ***MUERTE***

Capital Actualizado ***$ 1.632.576*** ***por persona a la fecha de la presente constancia***
(segun resolucion 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nacion)

Asegurados ***7*** ***SEGUN NOMINA ADJUNTA***

ANEXOS CLAUSULAS Y CONDICIONES

005 Condiciones Generales
006 Condiciones Generales

RESOLUCIÓN Nº 39.766 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN:
Artículo 7 - parte pertinente NÓMINA de la póliza original y renovaciones

"A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluído 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"."

Por tanto todo el personal que reúna esa condición está asegurado, se encuentre o no transitoriamente en la nómina de la aseguradora.

Conforme a las reglamentaciones vigentes de la Superintendencia de Seguros de la Nación la cobertura bajo esta póliza está sujeta a que el empleador haya cumplido regularmente con sus obligaciones: Altas tempranas Inclusión del personal y pago total de la prima y derecho de emisión en tiempo forma mediante el FORM 931 de la AFIP, en particular la del último período fiscal devengado.

La presente constancia se emite a pedido del/los asegurados a los efectos a que hubiere lugar, en Capital Federal a los 12 días del mes de mayo de 2025.

ALFREDO D. GONZALEZ
SECRETARIO

0001

Instituto Asegurador Mercantil

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza **30 - 829193**

NOMINA DE ASEGURADOS DEL PERIODO FISCAL 4/2025

CUIL	Apellido y Nombre	Modalidad Contratación
20251739855	*ABASTO JULIO CESAR*	008
20462503041	*COSTABEL WALTER FACUNDO*	022
20210602799	*LAROCCA OSCAR DARIO*	008
20431478944	*LEHR AGUSTIN EZEQUIEL*	008
23377028139	*ROBLEDO ALFREDO GONZALO*	008
20319643312	*SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO*	008
20401664859	*ZALAZAR JONATHAN MAURO*	008

Total: 7 personas aseguradas

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. IAM.
Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C. A. de Buenos Aires, Argentina - Tel. / Fax: 011-5555-8500 - www.institutoasegurador.com.ar

Instituto Asegurador Mercantil

CONSTANCIA DE POLIZA .

Asegurado ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***

Domicilio ***CHILE 2910***

Localidad (***3200***) ***BARRIO CREMONTE***
ENTRE RIOS

CUIT ***30-71138188-7***

Seguro ***PACTO SOCIAL***
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
- Resolución Nº 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.-

Póliza **30 - 829193**

Vigencia: ***1/10/2024*** al ***30/09/2025***

CUIP:03812030040000000000000000000082919300000000000009307113818873-20000000000000000000000000006

Cobertura ***MUERTE***

Capital Actualizado ***$ 1.632.576*** ***por persona a la fecha de la presente constancia***
(segun resolucion 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nacion)

Asegurados ***7*** ***SEGUN NOMINA ADJUNTA***

ANEXOS CLAUSULAS Y CONDICIONES

005 Condiciones Generales
006 Condiciones Generales

RESOLUCIÓN Nº 39.766 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN:
Artículo 7 - parte pertinente NÓMINA de la póliza original y renovaciones

"A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluído 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"."

Por tanto todo el personal que reúna esa condición está asegurado, se encuentre o no transitoriamente en la nómina de la aseguradora.

Conforme a las reglamentaciones vigentes de la Superintendencia de Seguros de la Nación la cobertura bajo esta póliza está sujeta a que el empleador haya cumplido regularmente con sus obligaciones: Altas tempranas Inclusión del personal y pago total de la prima y derecho de emisión en tiempo forma mediante el FORM 931 de la AFIP, en particular la del último período fiscal devengado.

La presente constancia se emite a pedido del/los asegurados a los efectos a que hubiere lugar, en Capital Federal a los 12 días del mes de mayo de 2025.

ALFREDO D. GONZALEZ
SECRETARIO

0001

Instituto Asegurador Mercantil

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza **30 - 829193**

NOMINA DE ASEGURADOS DEL PERIODO FISCAL 4/2025

CUIL	Apellido y Nombre	Modalidad Contratación
20251739855	*ABASTO JULIO CESAR*	008
20462503041	*COSTABEL WALTER FACUNDO*	022
20210602799	*LAROCCA OSCAR DARIO*	008
20431478944	*LEHR AGUSTIN EZEQUIEL*	008
23377028139	*ROBLEDO ALFREDO GONZALO*	008
20319643312	*SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO*	008
20401664859	*ZALAZAR JONATHAN MAURO*	008

Total: 7 personas aseguradas

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. IAM.
Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C. A. de Buenos Aires, Argentina - Tel. / Fax: 011-5555-8500 - www.institutoasegurador.com.ar