Certificado de Cobertura Nº 005793258

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Insc. Agente Ret.

SECCION VIDA OBLIGATORIO
POLIZA Nº 001317952 0017
SOLICITUD Nº 230446070 **ITEM Nº** 0001
VIGENCIA DEL SEGURO 01.06.2025 - 01.07.2025

ASEGURADO
AGROTRANSPORTES B CARABALLO SA
Si Calle - Dto 12 - Barri 00000
5569 - SAN CARLOS MZA
CUIT 30-71767275-1

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 71754
00085128 GONZALEZ,OSVALDO FABIAN

Advertencias al Asegurado

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Medios electrónicos de cobro.
b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito de cuenta
c) Tarjeta de débito, crédito o compras.
Todo pago realizado al Productor Asesor de Seguros, no es cancelatorio de su obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en el punto anterior.
Esta Entidad Aseguradora y los Productores Asesores de Seguros que perciban premios tendrán la obligación de:
a) Ingresar el pago por los sistemas habilitados pertinentemente, dentro de los DOS (2) días hábiles de percibidos.
b) Entregar el comprobante de cancelación a los Asegurados dentro de las VEINTICUATRO (24) horas hábiles posteriores al aludido ingreso.
c) Si el Productor Asesor de Seguros ejerce su actividad en una localidad distante a más de VEINTICINCO (25) kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitados para el cobro, el plazo para el ingreso del pago estipulado en el inciso a) precedente se extenderá a CINCO (5) días hábiles.

-

Certificamos que esta Aseguradora cubre el riesgo indicado a continuación, sujeto a Términos, Condiciones Generales y Particulares, Limitaciones y Exclusiones de la póliza respectiva.
La extensión del presente certificado no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago.

RIESGOS CUBIERTOS

VIDA OBLIGATORIO

Cobertura: RIESGO DE MUERTE

Nomina de Asegurados

ITEM	Apellido Y Nombre	Documento
4	PATTARO EMILIO JOSE	Numero de Documento 32.707.551

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
El presente es un instrumento provisorio. Dentro de los QUINCE (15) DIAS corridos, contados a partir de su fecha de emisión, deberá requerirse la entrega DE LA PÓLIZA respectiva.
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

El presente Certificado se extiende en la ciudad de MENDOZA a los 4 días del mes de JULIO de 2025.

W 2002-LI

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial