HOLANDO
SEGUROS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

Asegurado	DNI/CUIT/CUIL
BAYTON S.A.	**33570210659**

Domicilio	Localidad
SARMIENTO N° 1117	**CP 1041 - C.A.B.A.**

Sección	Póliza	Endoso	Fecha de emisión	Vigencia de la Póliza	
				Desde las 0hs. del	Hasta las 24hs. del
Vida Obligatorio	**45683.0**	**142.0**	**20/09/2024**	**01/10/2024**	**30/09/2025**

Condiciones particulares

Prima mensual por cada $1.000 de suma asegurada: 0.2050
Capital asegurado individual: $858,000.00
Cantidad de asegurados: 958

Derecho de Emisión

$ 25.00

Aclaración: el pago del derecho de emisión es anual. El tomador-empleador declarará y abonará dicho importe una vez por año a través de los sistemas de AFIP para pago de cargas sociales, conjuntamente con la prima del seguro correspondiente al mes de vigencia inicial.

Interes asegurado: El asegurado toma este seguro en calidad de: **Tomador**

Forman parte del presente contrato las clausulas anexas Nº

L - 155 - 402 Reglamento del Seguro de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia - Decreto Nro. 1567/74,

aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por resolución Nro. 35333

CUIC	Ag. Nº
7D70B5786755CB56DB354606456830/1420	**61116**

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 432-7600. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página Web www.laholando.com 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

La presente póliza se suscribe con firma facsimil conforme circular 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ADVERTENCIA:

SI EL TEXTO DE ESTA POLIZA DIFIRIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA LA DIFERENCIA SE CONSIDERARA APROBADA POR EL, ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE RECIBIDA LA POLIZA (ART. 12 DE LA LEY DE SEGUROS). LOS VOCABLOS "ASEGURADO" Y "TOMADOR" O "CONTRATANTE" SE USAN INDISTINTAMENTE EN ESTA POLIZA, POR LO QUE DEBE DARSELE EL SIGNIFICADO QUE CORRESPONDA SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO.

Importante: la cobranza del premio correspondiente a esta póliza se regirá por lo establecido en el reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74 vigente a la fecha de emisión.

ERNESTO ALBERTO LEVI
PRESIDENTE
p.p LA HOLANDO SUDAMERICANA
La Holando Sudamericana Compañia De Seguros Sociedad Anónima

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com