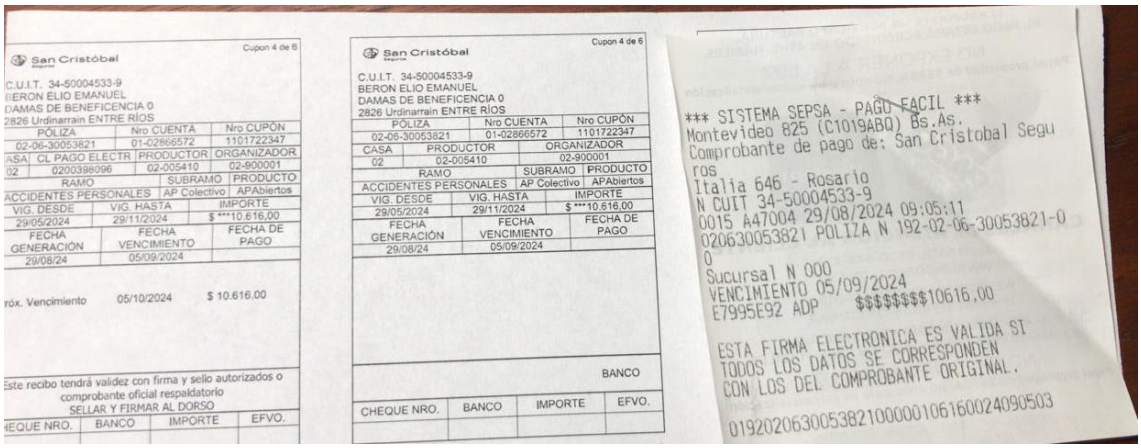


San Cristóbal

Cupon 4 de 6

C.U.I.T. 34-50004533-9
BERON ELIO EMANUEL
DAMAS DE BENEFICENCIA 0
2826 Urdinarrain ENTRE RÍOS

PÓLIZA	Nro CUENTA	Nro CUPÓN
02-06-30053821	01-02866572	1101722347

CASA	CL PAGO ELECTR	PRODUCTOR	ORGANIZADOR
02	0200398096	02-005410	02-900001

RAMO	SUBRAMO	PRODUCTO
ACCIDENTES PERSONALES	AP Colectivo	APAbiertos

VIG. DESDE	VIG. HASTA	IMPORTE
29/05/2024	29/11/2024	$ ***10.616,00

FECHA GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO	FECHA DE PAGO
29/08/24	05/09/2024	

róx. Vencimiento 05/10/2024 $ 10.616,00

Este recibo tendrá validez con firma y sello autorizados o comprobante oficial respaldatorio
SELLAR Y FIRMAR AL DORSO

EQUE NRO.	BANCO	IMPORTE	EFVO.

San Cristóbal

Cupon 4 de 6

C.U.I.T. 34-50004533-9
BERON ELIO EMANUEL
DAMAS DE BENEFICENCIA 0
2826 Urdinarrain ENTRE RÍOS

PÓLIZA	Nro CUENTA	Nro CUPÓN
02-06-30053821	01-02866572	1101722347

CASA	PRODUCTOR	ORGANIZADOR
02	02-005410	02-900001

RAMO	SUBRAMO	PRODUCTO
ACCIDENTES PERSONALES	AP Colectivo	APAbiertos

VIG. DESDE	VIG. HASTA	IMPORTE
29/05/2024	29/11/2024	$ ***10.616,00

FECHA GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO	FECHA DE PAGO
29/08/24	05/09/2024	

BANCO

CHEQUE NRO.	BANCO	IMPORTE	EFVO.

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de: San Cristobal Seguros
Italia 646 - Rosario
N CUIT 34-50004533-9
0015 A47004 29/08/2024 09:05:11
020630053821 POLIZA N 192-02-06-30053821-00
Sucursal N 000
VENCIMIENTO 05/09/2024
E7995E92 ADP $$$$$$$$10616,00

ESTA FIRMA ELECTRONICA ES VALIDA SI
TODOS LOS DATOS SE CORRESPONDEN
CON LOS DEL COMPROBANTE ORIGINAL.

01920206300538210000010616002409050 3

San Cristóbal Seguros

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.
AVDA.AVDA 3053/70
(3000) SANTA FE
TEL: (0342) 4501700
Email: santafe@sancristobal.com.ar
Internet: http://www.sancristobal.com.ar

RAMO	SUBRAMO	NRO POLIZA / FACTURA
ACCIDENTES PERSONALES	Colectivo	01-02-06-30053821

TOMADOR
BERON ELIO EMANUEL
damas de beneficencia 0
2826 Urdinarrain, ENTRE RÍOS

VIGENCIA
DESDE LAS 00 HS. DEL 29/05/2024 HASTA LAS 00 HS. DEL 29/11/2024

LUGAR Y FECHA DE EMISION	CONCEPTO
SANTA FE, 29-05-2024	EMISIÓN

Nº SOCIO	COND. DE IVA	Nº CUIT	TIPO Y Nº DOC	CLAVE BANELCO	CLAVE LINK
0200398096	Inscripto	20-30552612-7	D.N.I. 30552612	0200398096	0200398096

SAN CRISTOBAL S.M.S.G. (en adelante LA SOCIEDAD), bajo las Condiciones Particulares y Generales y Cláusulas y Anexos de la presente Póliza, las que son conocidas para ser ejecutadas de buena fe, y de conformidad con la propuesta de seguro presentada por el Socio Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato. La presente es válida como comprobante (R.G. Nº 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

CONDICIONES PARTICULARES / RIESGOS ASEGURADOS

AP Abiertos

COBERTURAS

	SUMA ASEGURADA POR PERSONA
Grupo: Grupo 1	
Muerte accidental	$ 5.000.000,00
Invalidez total y/o parcial permanente por accidente	$ 5.000.000,00
Reembolso de Gastos Médicos - Sin Franquicia	$ 1.000.000,00
Reembolso de gastos de Sepelio	$ 50.000,00

Incluye Adicional Uso de Motos
Cantidad Inicial de Asegurados: 1
Ámbito de Cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados a continuación: 30-66313737-5 - R P B SOCIEDAD ANONIMA

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total de Muerte Accidental y $ 30.000.000.-

MODALIDAD DE PAGO : Efectivo - Envío de Cupón Digital: SI
EDAD MINIMA DE INGRESO: 18
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 69
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA COBERTURA BASICA: 75
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA COBERTURAS ADICIONALES: 65
Exclusiones a la cobertura: Anexo 1
Resolución de la Unidad de Información Financiera: Anexo 9L

El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponi para Android y IOS)

Las Condiciones Generales y la Cláusula de Cobranza del Premio adjuntas conforman esta póliza, así como los Anexos y las Cláusulas contenidas en las Condiciones Particulares que se mencionan a continuació

LIQUIDACIÓN DEL PREMIO			MONEDA		Pesos
PRIMA	REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	PERC. IVA
$ **37.875,74	$ **8.446,29	13,60%	$ **46.322,03	$ **9.727,63	$ **1.389,66
PERC. IB ENTRE RIOS	IMPUESTOS/TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC.TSeH LA PLATA	PREMIO
$ **1.421,00	$ **467,94	$ **577,17	$ **3.787,57	$ **0,00	$ **63.693,00

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicam 0-800-666-8400 o 4338- 4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunica solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

PRODUCTOR	Nº MATRICULA
02-005410 - DIAZ FRANCISCO JAVIER	74142

CATEGORIA	RAMO	ORGANIZADOR
TRADICIONAL	06	02-900001 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución de Pautas Mínimas del Ramo Accidentes Personales/ Nº de Expediente Electrónico EX-2019-78207953- -APN-GTYN#SSN

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. d Reglamento de la Actividad Aseguradora.

Diego Duarte
Gerente General