LA PERSEVERANCIA SEGUROS
INFO@LPS.COM.AR - WWW.LPS.COM.AR
Casa Central: Colón esq. Betolaza. Tel.: (02983) 430780 - (B7500GFA) Tres Arroyos.
UIT 30500032886 Nº de inscripción en SSN 0157

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 3185849

Lugar y Fecha: TRES ARROYOS, 10/10/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: CAMPOSTRINI MARIO CESAR
Domicilio: SEGUI 476
Localidad: GUALEGUAYCHU Provincia: ENTRE RIOS
CUIT: 20184067553
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

Póliza: 17 27292
Vigencia: desde 01/10/2023
hasta 30/09/2024

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$ 382.250,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
MONTEFINALE REINALDO OSCAR	CUIL 20250255900	20250255900	01/10/2023 - 30/09/2024

Cr. JORGE H. CASTIÑEIRA
Presidente

LA PERSEVERANCIA SEGUROS
INFO@LPS.COM.AR - WWW.LPS.COM.AR
Casa Central: Colón esq. Betolaza. Tel.: (02983) 430780 - (B7500GFA) Tres Arroyos.
CUIT 30500032886 Nº de inscripción en SSN 0157

DESCARGA NUESTRA APP
Y GESTIONA TODO EN UN SOLO LUGAR

Emitida en TRES ARROYOS el día 26 de Septiembre de 2023

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	27292	0	Desde las 00:00 Hs. del 01/10/2023 Hasta las 24:00 Hs. del 30/09/2024

ASEGURADO: CAMPOSTRINI MARIO CESAR — Cod. Aseg.: 795974
Domicilio : SEGUI 476 — Tel.: 344615457261
Localidad: (2820) GUALEGUAYCHU — CUIL/CUIT : 20184067553
Provincia : ENTRE RIOS — Condición de IVA de la Operación : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 355 MONTEFINALE SONIA **MATRÍCULA N°SSN** 51834 **CASILLERO 7**

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL CON REFACTURACION MENSUAL

Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC) 6CD3F06FE7E18B3BA93DD72627292/000

6CD3F06FE7E18B3BA93DD72627292/000

FRENTE DE PÓLIZA

VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

FACTURACION CORRESPONDIENTE AL PERIODO: 1 de Octubre de 2023 AL 31 de Octubre de 2023.

CUBRE EL RIESGO DE MUERTE E INCLUYE EL SUICIDIO COMO HECHO INDEMNIZABLE SIN LIMITACIONES DE NINGUNA ESPECIE, DE TODO TRABAJADOR EN RELACION DE DEPENDENCIA, CUYOS EMPLEADORES SE ENCUENTREN O NO OBLIGADOS EN EL SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	156,72	0.00	0,00	12.00	168,72

		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	168,72

CASILLERO 7

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
AFIP	0020001840675503	/ /

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza.

PÓLIZA RENOVADA
26475 0

ANEXO.17

Cr. JORGE H. CASTINEIRA
Presidente

(*) ARTICULO 2°-Res. 21600 SSN: En las pólizas, endosos y certificados de cobertura emitidos a partir de la fecha apuntada, deberán consignarse la duración de su vigencia pero no el comienzo de la misma, que sólo tendrá lugar a la cero (0) hora del día siguiente a la fecha de pago. Ello sólo quedará acreditado con el recibo oficial correspondiente.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: Los sistemas habilitados para la cancelación de premios son los establecidos por las Resoluciones N°429/2000, 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía que se detallan a continuación:

a)Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN. 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. d)Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SSN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N°25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Los PAS Ley N°22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los sistemas previstos.

ADVERTENCIA: Cuando el texto de esta 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.

IMPORTANTE: "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 02983-430780 int 277/286/224. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lps.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0-800-666-8400 , por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.".

IMPORTANTE: Los vocablos ASEGURADO y TOMADOR o CONTRATANTES se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dárselos el significado que corresponda según las circunstancias del caso. Se aclara que cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de recibida la póliza.

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION Nº 12314