# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 0224203002000000000000000000009497210000000002909930642014389 4-10000045867100000458671209 80

***SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA, EN ADELANTE 'EL ASEGURADOR', CON ARREGLO A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECÍFICAS, ESPECIALES Y PARTICULARES QUE SEAN DE APLICACIÓN SEGÚN SE INDICA EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASEGURA, POR LAS COBERTURAS, CAPITALES Y VIGENCIA, A:***

***SEGÚN DATOS EN CERTIFICADOS ANEXOS.***

***Detalle de certificados comprendidos en esta emisión para la póliza de referencia: 1, 2, 5, 6, 10, 11, 12.***

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 8.043.472,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 15.716.945,00** |

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y*

**El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 2702 - Visa**

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 0224203002000000000000000000009497210000000002909930642014389 4-10000045867100000458671209 80

*Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA: QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

*EL PREMIO TOTAL INDICADO EN LA PRESENTE PÓLIZA SE REFIERE AL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL PRIMER PERÍODO DE FACTURACIÓN, DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE PAGO CONVENIDA.*

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

**El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 2702 - Visa**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RUEDA FERNANDO OSCAR DNI: 14400035**
BAUNESS 1910
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 2.658.205,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 5.316.410,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**ALTAMIRANO FLAVIO FERNANDO DNI: 20600517**
DR P I RIVERA 3291
1428 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 2.032.745,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 4.065.490,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 5**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**ROSSI LEONARDO DNI: 94677403**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 1.016.373,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 2.032.745,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 5**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RUEDA CAJARAVILLE GONZALO MARTIN DNI: 35337223**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 938.190,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 1.876.380,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.
**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 10**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**CUOCO FERNANDO LUIS DNI: 26437643**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 544.337,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 1.088.675,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 10**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**NOVOA ALEJANDRO MARTIN DNI: 35365549**
CASTRO BARROS 1349
1237 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 483.622,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 967.245,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 12**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RONDON ROGER ENRIQUE DNI: 95861591**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 370.000,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 370.000,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 12**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 0224203002000000000000000000009497210000000002909930642014389 4-10000045867100000458671209 80

***SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA, EN ADELANTE 'EL ASEGURADOR', CON ARREGLO A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECÍFICAS, ESPECIALES Y PARTICULARES QUE SEAN DE APLICACIÓN SEGÚN SE INDICA EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASEGURA, POR LAS COBERTURAS, CAPITALES Y VIGENCIA, A:***

***SEGÚN DATOS EN CERTIFICADOS ANEXOS.***

***Detalle de certificados comprendidos en esta emisión para la póliza de referencia: 1, 2, 5, 6, 10, 11, 12.***

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 8.043.472,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 15.716.945,00** |

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y*

**El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 2702 - Visa**

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 0224203002000000000000000000009497210000000002909930642014389 4-10000045867100000458671209 80

*Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA: QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

*EL PREMIO TOTAL INDICADO EN LA PRESENTE PÓLIZA SE REFIERE AL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL PRIMER PERÍODO DE FACTURACIÓN, DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE PAGO CONVENIDA.*

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

**El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 2702 - Visa**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RUEDA FERNANDO OSCAR DNI: 14400035**
BAUNESS 1910
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 2.658.205,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 5.316.410,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 1**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**ALTAMIRANO FLAVIO FERNANDO DNI: 20600517**
DR P I RIVERA 3291
1428 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 2.032.745,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 4.065.490,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 2**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 5**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**ROSSI LEONARDO DNI: 94677403**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 1.016.373,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 2.032.745,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 5**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RUEDA CAJARAVILLE GONZALO MARTIN DNI: 35337223**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 938.190,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 1.876.380,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.
**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 6**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 10**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**CUOCO FERNANDO LUIS DNI: 26437643**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 544.337,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 1.088.675,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 10**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**NOVOA ALEJANDRO MARTIN DNI: 35365549**
CASTRO BARROS 1349
1237 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 483.622,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 967.245,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*

*Continúa en la próxima página*

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*
- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo

## Contrato de Trabajo

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 11**

Tomador

**GRUPO SIS S R L**

DIAZ COLODRERO 3446

1431 Capital Federal (Capital Federal)

**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**

Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Vida Colectivo
**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

## Ref: 835772 Póliza nro. 949721
***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 1/6/2024 | Hasta las 0 hs 1/5/2025 |

**Ref.Certif.: 12**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

**CLIENTES ADICIONALES**

**Tomador**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**Asegurado**
**RONDON ROGER ENRIQUE DNI: 95861591**

**Beneficiario**
**GRUPO SIS S R L CUIT: 30-64201438-9**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

***Contrato de Trabajo***

**Período facturado: desde el 01/06/2024 hasta el 01/07/2024**

**El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:**
**MUERTE: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**
**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.**

**COBERTURAS**

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte** | **$ 370.000,00** |
| • **Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad y Accidente** | **$ 370.000,00** |

**ANEXOS Y CLÁUSULAS**

- **Anexo A (Condiciones Grales)**
- **Anexo B (Invalid Tot y Perman)**
- **Anexo F (Contrato de Trabajo)**
- **Anexo G (Enfermedades Preexistentes)**

Conforme Cláusulas:
- Enfermedades Preexistentes (Nro. 990)
  *Se deja expresamente aclarado que la exclusión de Enfermedades Preexistentes, se aplicará por un plazo máximo de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **Cond.Part.Es (Cond. Particulares Epecificas)**

Conforme Cláusulas:
- Asegurables (Nro. 100)
  *Son Asegurables personas en servicio activo y relación de dependencia con el contratante en las siguientes condiciones.*
- Capital Asegurado (Nro. 306)
  *El Capital Asegurado de cada adherente surge del siguiente cálculo para las respectivas coberturas:*
  *Muerte: medio sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses*
  *Incapacidad Total y Permanente: un sueldo del informado por el contratante por cada año de antigüedad o fracción mayor a 3 meses.*
- Alcance Cobertura (Nro. 401)
  *Hasta los 69 años inclusive cobertura completa*
- Alcance Cobertura (Nro. 411)
  *A partir de los 70 años se mantendrá cobertura de muerte exclusivamente, excluyéndose las coberturas adicionales.*

*Continúa en la próxima página*

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

# Vida Colectivo

**Contrato de Trabajo**

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 835772 Póliza nro. 949721**

***Certificado/Constancia de cobertura de póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 1/6/2024** | **Hasta las 0 hs 1/5/2025** |

**Ref.Certif.: 12**

Tomador
**GRUPO SIS S R L**
DIAZ COLODRERO 3446
1431 Capital Federal (Capital Federal)
**Asociado: 6858797 CUIT: 30-64201438-9**
Org.: 151566 Prod.: 215369 Zona/Ofic: 200.2

- Requisitos de Asegurabilidad (Nro. 450)
  *Se deberán cumplimentar requisitos médicos (declaración jurada de salud e información complementaria) en función al capital asegurado y edad del asegurable, de acuerdo a la tabla de requisitos vigentes a la fecha de incorporación o actualización de capital.*
- Condiciones Asegurabilidad (Nro. 501)
  *Ingreso: Grupo inicial y nuevos ingresos: 64 años inclusive.*
  *Permanencia: Grupo inicial y nuevos ingresos: 80 años, siempre que se compruebe la existencia del vínculo laboral.*
- Beneficiarios (Nro. 702)
  *Será beneficiario de este seguro el Tomador de la póliza.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:*
*a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.*
*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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.*
*d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.*
*e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO*
*El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

*A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.*

*ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:*
*QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.*

*La presente se extiende en Sunchales (SF) el 01-04-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.*

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

**PRODUCTOR - ASESOR**

- **DYKLA GUSTAVO PABLO (Matr. 45867) (Productor)**

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la 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.
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 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar. 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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. 5342 - Proveído 36.027 - Expte. 11542/961 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
**0800 444 28500**