Instituto Asegurador Mercantil

CUIP:038120300400000000000000000000829193000000000000093071138188 73-20000000000000000000000000006

Asegurado : ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***

Dirección : ***CHILE 2910***

Localidad : (***3200***) ***BARRIO CREMONTE***
Entre Ríos

Póliza : **30 829193 818601** **PACTO SOCIAL**

Cod.Int.: 80956 - DIRECTOS - M LUISA

¿CÓMO ABONAR TU FACTURA?

1- **Por Débito Automático con las siguientes tarjetas o por CBU.**

VISA mastercard AMERICAN EXPRESS CABAL N

2- **Pago electrónico o en las sucursales**

PagoMisCuentas rapipago mercado pago Provincia NET Pagos

3- **Por Transferencia / eCheq en Banco Francés**

Banco Nación CBU: 0110599520000042828129
Alias: **IAM3050**

Banco Francés CBU 0170182720000000348461
Alias: **INSTITUTO3050**

CUIT DE INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL: 30-50006324-2

IMPORTANTE: Enviar por e -mail a
cobranzas@institutoasegurador.com.ar
el comprobante de pago, indicando el nombre del cliente y el número de CUIT.

4- Mediante cheque, enviándolo por correo a nuestra Sede Central a nombre del Instituto Asegurador Mercantil S. A junto con el talón de su cuponera.

5-En nuestra Sede Central, Av. Belgrano 774 (1092 CABA) podrá abonar con cheque, tarjeta de débito/crédito Visa, Mastercard, American Express, Cabal y Naranja.

Para mayor información, comuníquese con nuestro Departamento de Cobranzas al: (011) 5555-8500 / 0800-3333-426.

Instituto Asegurador Mercantil

RECEPCION POLIZA

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***			Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***			Póliza	: 829193
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE (3200) Entre Ríos***			Renueva a	: 818601
CUIT	: ***00000030711381887***	Condición IVA	: ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia:	Desde: ***1/10/2024***	Hasta: ***30/09/2025***	***365*** Dias	Fecha de emisión:	***1/10/2024***

Recibí de *INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.*
la póliza/endoso precedentemente detallada/o.

*

Fecha: Firma y aclaración Tipo y Nro. de Documento

RPZA240955900000

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

Instituto Asegurador Mercantil

***** AFICHE A EXHIBIR POR EL EMPLEADOR *****

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO. 1567/74

Resoluciones nros.: 35.133 y 38.136 de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Aseguradora : ***INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL S.A.***
E_mail : ***info@institutoasegurador.com.ar***

Contratante : ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***
Póliza : ***30*** **829193**
Vigente desde : **1/10/2024** hasta: **30/09/2025**

* Objeto del Seguro y quienes están excluídos.

El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Unico de Seguridad Social, encontrándose excluídos los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N°16.600 y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

* Prestación

La prestación establecida por el Decreto Nº 1567/74, es independiente de todo otro beneficio social, seguro, o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para mas de un empleador, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
Al inicio de vigencia el capital asegurado es $858.000 OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CON 00/100.==========

* Contratación del Seguro - Responsabilidad del Empleador

La contratación del seguro está a cargo del empleador, quien en caso de no contratarlo o de no abonar las primas, es el responsable directo del pago del beneficio.

* Designación de beneficiarios

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que le hará entrega el empleador.

El Original y el Duplicado quedará en poder del tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

* Documentación a presentar por el cobro del beneficio

- Partida de Defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave Unica de identificación Laboral (CUIL) del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de la ocurrencia del fallecimiento.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes, firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de Designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios o por si cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto deberá presentar copia autenticada de la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición y que se establece en el Artículo 15º del reglamento.

* Plazo para el cobro del beneficio

Completada la documentación, el asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago

* Falta de reclamo de los beneficiarios

Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de presentación de la documentación requerida para el pago del mismo, la aseguradora transferirá los fondos a la Superintendencia de Seguros de la Nación, donde deberán continuar el trámite para el cobro de los mismos.

* Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad

Cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de la Nación Av. Julio A. Roca 721, (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: **www.ssn.gov.ar**

Instituto Asegurador Mercantil

FACTURA PROFORMA

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***	Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***	Póliza	: 829193
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE (3200) Entre Ríos***	Renueva a	: 818601
CUIT	: ***00000030711381887*** Condición IVA : ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia:	Desde: ***1/10/2024***	Hasta: ***30/09/2025***	***365*** Dias	Fecha de emisión:	***1/10/2024***

MUY IMPORTANTE PARA UD. Y SU CONTADOR

La PRIMA del seguro será la que se determine automáticamente en forma mensual en el "Sistema de Cálculo de las Obligaciones de la Seguridad Social (SICOSS F931)" en base a la nómina correspondiente al mes de la Declaración Jurada y sus rectificativas y al capital asegurado de ese mes.

Además debe ingresar manualmente el importe del "DERECHO DE EMISION" indicado en la presente que es elque corresponde al mes de inicio de vigencia.

AMBOS CONCEPTOS, PRIMA Y DERECHO DE EMISION, DEBEN SER PAGADOS EN TERMINO CON EL F931

PESOS

Prima a determinar F931	0,00	Sellados	0,00
Bonificación	0,00	Percep. Ing. Brutos	0,00
Derecho de emisión	12,00	IVA %	0,00
Recargo administrativo	0,00	IVA %	0,00
Recargo financiero	0,00	R.G. 3337 DGI	0,00
Impuestos, tasas y contribuciones	0,00	**PREMIO A PAGAR (*)**	**0,00**
		(*) Prima + Derecho Emisión por F931	

Identificación para pagos mis cuentas : 0300829193

634168511BD54EFEAC25FE8A082919300000

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

IMPORTANTE
De acuerdo a lo establecido en la cláusula de cobranza del premio, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

Instituto Asegurador Mercantil

POLIZA

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***	Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***	Póliza	: 829193
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE (3200) Entre Ríos***	Renueva a	: 818601
CUIT	: ***00000030711381887*** Condición IVA : ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia: Desde: ***1/10/2024*** Hasta: ***30/09/2025*** ***365*** Dias Fecha de emisión: ***1/10/2024***

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
Resolucion nro 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

De acuerdo a la solicitud recibida de esa empresa, cuyos datos se consignan precedentemente, en la que se aseguran a las personas detalladas en la nómina que se adjunta, procederemos a practicar la primera liquidación de primas (y sellados si correspondiere).
De conformidad con lo expresado en los art. 11 y 13 de la Resolución 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, la cobertura de Seguro de Vida Obligatorio quedará suspendida automaticamente si el tomador no abona las primas al vencimiento de sus obligaciones fiscales.
Dicha suspensión, se producirá desde la hora 0 (cero) del día siguiente al vencimiento, sin necesidad de constitución en mora, ni de interperlación judicial o extrajudicial. La cobertura solo podrá ser rehabilitada dentro de los sesenta (60) días. Dicha rehabilitación tomará efecto a partir de las 72 (setenta y dos) horas de haberse abonado las primas adeudadas.

Personas aseguradas: 6 Capital actual por persona: 858.000 Prima actual por persona: 175,89

Vigencia: 0 ANUAL Riesgo Asegurado: MUERTE

Esta póliza se emitió en base a la nómina inicial, siendo la nómina vigente la que se hubiere informado al Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS) y por la cual se pagarán la prima y derecho de emisión correspondientes en tiempo y forma.

Forman parte de este contrato - además de las Condiciones Generales - los siguientes Anexos, Cláusulas y Condiciones Particulares:
ANEXOS
CLAUSULAS
CONDICIONES

SUMA ASEGURADA TOTAL:	5.148.000		
Prima a determinar F931	0,00	Sellados	0,00
Bonificación	0,00	Percep. Ing. Brutos	0,00
Derecho de emisión	12,00	IVA %	0,00
Recargo administrativo	0,00	IVA %	0,00
Recargo financiero	0,00	R.G. 3337 DGI	0,00
Impuestos, tasas y contribuciones	0,00	**PREMIO A PAGAR (*)**	**0,00**
		(*) Prima + Derecho Emisión por F931	

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721, (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar
ADVERTENCIA: Si el texto de esta póliza difiriere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (art. 12 de la Ley de Seguros). Los vocablos "Asegurado", Tomador o Contratante" se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe darseles el significado que corresponda, según las circunstancias del caso.
La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o que haya sido denegada su admisión o desestimado total o parcialmente, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o por formulario web en www.argentina.gob.ar/ssn. El servicio de Atención al Asegurado está integrado por:
RESPONSABLE: Graciela Diamore -- SUPLENTE: Julio C. Areitio -- TELEFONO: 5555-8500 interno 504

PRESIDENTE
ALFREDO D. GONZALEZ

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RESOLUCIÓN 12.159 del: 27/01/1975

Instituto Asegurador Mercantil

COPIA DE EMISION

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***	Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***	Póliza	: 829193
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE (3200) Entre Ríos***	Renueva a	: 818601
CUIT	: ***00000030711381887*** Condición IVA : ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia: Desde: ***1/10/2024*** Hasta: ***30/09/2025*** ***365*** Dias Fecha de emisión: ***1/10/2024***

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
Resolucion nro 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

De acuerdo a la solicitud recibida de esa empresa, cuyos datos se consignan precedentemente, en la que se aseguran a las personas detalladas en la nómina que se adjunta, procederemos a practicar la primera liquidación de primas (y sellados si correspondiere).
De conformidad con lo expresado en los art. 11 y 13 de la Resolución 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, la cobertura de Seguro de Vida Obligatorio quedará suspendida automaticamente si el tomador no abona las primas al vencimiento de sus obligaciones fiscales.
Dicha suspensión, se producirá desde la hora 0 (cero) del día siguiente al vencimiento, sin necesidad de constitución en mora, ni de interperlación judicial o extrajudicial. La cobertura solo podrá ser rehabilitada dentro de los sesenta (60) días. Dicha rehabilitación tomará efecto a partir de las 72 (setenta y dos) horas de haberse abonado las primas adeudadas.

Personas aseguradas: 6 Capital actual por persona: 858.000 Prima actual por persona: 175,89

Vigencia: 0 ANUAL Riesgo Asegurado: MUERTE

Esta póliza se emitió en base a la nómina inicial, siendo la nómina vigente la que se hubiere informado al Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS) y por la cual se pagarán la prima y derecho de emisión correspondientes en tiempo y forma.

Forman parte de este contrato - además de las Condiciones Generales - los siguientes Anexos, Cláusulas y Condiciones Particulares:
ANEXOS
CLAUSULAS
CONDICIONES

SUMA ASEGURADA TOTAL:	5.148.000		
Prima a determinar F931	0,00	Sellados	0,00
Bonificación	0,00	Percep. Ing. Brutos	0,00
Derecho de emisión	12,00	IVA %	0,00
Recargo administrativo	0,00	IVA %	0,00
Recargo financiero	0,00	R.G. 3337 DGI	0,00
Impuestos, tasas y contribuciones	0,00	**PREMIO A PAGAR (*)**	**0,00**
		(*) Prima + Derecho Emisión por F931	

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

**** Los valores indicados en esta póliza están expresados en PESOS**

Instituto Asegurador Mercantil

CONSTANCIA DE POLIZA

Asegurado	***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***
Domicilio	***CHILE 2910***
Localidad	(***3200***) ***BARRIO CREMONTE*** ***ENTRE RIOS***
CUIT	***30-71138188-7***
Seguro	***PACTO SOCIAL*** ***SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74*** ***- Resolución Nº 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.-***
Póliza	**30 - 829193**
Vigencia:	***1/10/2024*** al ***30/09/2025***
Ult. período vigente	
	CUIP:038120300400000000000000000000829193000000000000093071138188 73-20000000000000000000000000006
Cobertura	***MUERTE***
Capital Asegurado	***$ 858.000 por persona a la fecha de la presente constancia*** ***(segun resolucion 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nacion)***
Asegurados	***6 SEGUN NOMINA ADJUNTA***

ANEXOS CLAUSULAS Y CONDICIONES

005 Condiciones Generales
006 Condiciones Generales

RESOLUCIÓN Nº 39.766 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN:
Artículo 7 - parte pertinente NÓMINA de la póliza original y renovaciones

"A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluído en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el listado de las relaciones laborales activas del sistema "MI SIMPLIFICACIÓN"."

Por tanto todo el personal que reúna esa condición está asegurado, se encuentre o no transitoriamente en la nómina de la aseguradora.

Conforme a las reglamentaciones vigentes de la superintendencia de seguros de la nación la cobertura bajo esta póliza está sujeta a que el empleador haya cumplido regularmente con sus obligaciones: Altas tempranas Inclusión del personal y pago total de la prima y derecho de emisión en tiempo forma mediante el FORM 931 de la AFIP

La presente constancia se emite a pedido del/los asegurados a los efectos a que hubiere lugar, en Capital Federal a los 21 días del mes de octubre de 2024.

ALFREDO D. GONZALEZ
PRESIDENTE

0002

Instituto Asegurador Mercantil

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza **30 - 829193**

NOMINA DE ASEGURADOS AL: 21/10/2024

Documento	Apellido y Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Capital Muerte
CUIL 20251739855	*ABASTO JULIO CESAR*		*1/10/2024*	*858.000*
CUIL 20462503041	*COSTABEL WALTER FACUNDO*		*1/10/2024*	*858.000*
CUIL 20210602799	*LAROCCA OSCAR DARIO*		*1/10/2024*	*858.000*
CUIL 20286783482	*RIEDEL EDILBERTO DANIEL*		*1/10/2024*	*858.000*
CUIL 20319643312	*SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO*		*1/10/2024*	*858.000*
CUIL 20401664859	*ZALAZAR JONATHAN MAURO*		*1/10/2024*	*858.000*

Total: 6 personas aseguradas

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. IAM.
Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C. A. de Buenos Aires, Argentina - Tel. / Fax: 011-5555-8500 - www.institutoasegurador.com.ar

Instituto Asegurador Mercantil

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza: 829193 Certificado 818601 Endoso:

NOMINA DE ASEGURADOS

Documento	Apellido y Nombre	F.Alta	Documento	Apellido y Nombre	F.Alta
20210602799	LAROCCA OSCAR DARIO	1/10/2024	20251739855	ABASTO JULIO CESAR	1/10/2024
20286783482	RIEDEL EDILBERTO DANIEL	1/10/2024	20319643312	SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO	1/10/2024
20401664859	ZALAZAR JONATHAN MAURO	1/10/2024	20462503041	COSTABEL WALTER FACUNDO	1/10/2024

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. IAM.
Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C. A. de Buenos Aires, Argentina – Tel. 011-5555-8500 – www.institutoasegurador.com.ar

Instituto Asegurador Mercantil

CONSTANCIA DE POLIZA .

Asegurado ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***

Domicilio ***CHILE 2910***

Localidad (***3200***) ***BARRIO CREMONTE***
ENTRE RIOS

CUIT ***30-71138188-7***

Seguro ***PACTO SOCIAL***
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
- Resolución Nº 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.-

Póliza **30 - 829193**

Vigencia: ***1/10/2024*** al ***30/09/2025***

CUIP:03812030040000000000000000000082919300000000000009307113818873-20000000000000000000000000006

Cobertura ***MUERTE***

Capital Actualizado ***$ 1.632.576*** ***por persona a la fecha de la presente constancia***
(segun resolucion 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nacion)

Asegurados ***7*** ***SEGUN NOMINA ADJUNTA***

ANEXOS CLAUSULAS Y CONDICIONES

005 Condiciones Generales
006 Condiciones Generales

RESOLUCIÓN Nº 39.766 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN:
Artículo 7 - parte pertinente NÓMINA de la póliza original y renovaciones

"A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluído en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el listado de las relaciones laborales activas del sistema "MI SIMPLIFICACIÓN"."

Por tanto todo el personal que reúna esa condición está asegurado, se encuentre o no transitoriamente en la nómina de la aseguradora.

Conforme a las reglamentaciones vigentes de la Superintendencia de Seguros de la Nación la cobertura bajo esta póliza está sujeta a que el empleador haya cumplido regularmente con sus obligaciones: Altas tempranas Inclusión del personal y pago total de la prima y derecho de emisión en tiempo forma mediante el FORM 931 de la AFIP, en particular la del último período fiscal devengado.

La presente constancia se emite a pedido del/los asegurados a los efectos a que hubiere lugar, en Capital Federal a los 12 días del mes de mayo de 2025.

ALFREDO D. GONZALEZ
SECRETARIO

0001

Instituto Asegurador Mercantil

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza **30 - 829193**

NOMINA DE ASEGURADOS DEL PERIODO FISCAL 4/2025

CUIL	Apellido y Nombre	Modalidad Contratación
20251739855	*ABASTO JULIO CESAR*	008
20462503041	*COSTABEL WALTER FACUNDO*	022
20210602799	*LAROCCA OSCAR DARIO*	008
20431478944	*LEHR AGUSTIN EZEQUIEL*	008
23377028139	*ROBLEDO ALFREDO GONZALO*	008
20319643312	*SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO*	008
20401664859	*ZALAZAR JONATHAN MAURO*	008

Total: 7 personas aseguradas

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. IAM.
Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C. A. de Buenos Aires, Argentina - Tel. / Fax: 011-5555-8500 - www.institutoasegurador.com.ar