la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Julio de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
51.405.543	20-07-2024	20-01-2025	1	000	51.405.543	3.920.438
			Período: 184 DIAS	Cantidad de cuotas:	5	

INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO — Póliza Anterior: 50.337.770

Tomador: ALLENDE, CECILIO ALBERTO
COLON Y MARCHINI S/N,
3150 NOGOYA-E R

CUIT / CUIL / DNI: 20301069392
Condición de IVA: RESPONSABLE INSCRIPTO
Ingresos Brutos: CONVENIO MULTILATERAL
Sellado Pcial.: 100% ER
D.N.I. 30106939 F.N:19/07/83

Asegurado: ALLENDE, CECILIO ALBERTO
COLON Y MARCHINI S/N,
3150 NOGOYA-E R

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS		SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA	
MUERTE	CE-1	$	34,500,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC	CE-2	$	34,500,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	CE-4	$	7,100,000

Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12

OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO: Conductores y/o acompañantes de camiones

BENEFICIARIOS:
HEREDEROS LEGALES

"La edad limite de permanecia en la presente póliza es de 80 años"

CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO

CE-1, CE-2
Seguro: COLECTIVO 24 HORAS.

PREMIO CERTIFICADO: $86.713,38

Agencia: 4169 — COOP. AGROP. EL PROGRESO LTDA. SUC.NOGOYA
S/D 678
3150 NOGOYA-E R (ENTRE RIOS)
Matrícula: 159

Zona: 42 — ZONA PARANA
S/D S/N
3100 PARANA-E R (ENTRE RIOS)
Matrícula:

Apoderado — Apoderado
LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la poliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asi mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>

La presente poliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atencion al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado esta integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web (www.lasegunda.com.ar).
En caso de que el reclamo 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 telefono al 0800-666-8400, correo electronico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
A través de las mencionadas vias de comunicación podra solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. Ellos Contratantes y/o Beneficianos adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

FEMEACONPDOCPE|4726555-240724092058



la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Constancias De TramitaciÃ³n
Accidentes Personales

2-030-0003920438-000002

Fecha de Impresión: 04/11/2024

COLECTIVO 24 HORAS.

Nro. Solicitud	Nro. Poliza	Nro. Expediente	Emitida el	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Nro. Zona	Nro. Agencia	Grupo	Página
9984053018	51405543	3920438	04-11-2024 15:52 Hs.	04-11-2024 12:00 Hs.	20-01-2025 12:00 Hs.	42	4169	G1	1 de 1

Tomador: ALLENDE, CECILIO ALBERTO **Tipo y N° de Documento:** D.N.I. - 30106939
Fecha Nacimiento: 19/07/1983 **Lugar:**
Domicilio: COLON Y MARCHINI S/N **P:** **D:** **M:** **Localidad:** NOGOYA
Teléfono: **Nacionalidad:** **Estado Civil:** CONVIVIENTE **Actividad:** CHOFER
Email: **Condición ante IVA:** RESPONSABLE INSCRIPTO **C.U.I.T Nº:** 20301069392
Condición Ingresos Brutos: CONVENIO MULTILATERAL
Nº Inscripción (Actual): 90820301069392 **Nº Inscripción (Anterior):**

Datos de la PÃ³liza

Tipo de Suplemento: **Clausula de No Repetición**

TRANSFERENCIA DE DERECHO

RPB SA CUIT 30663137375

Lugar y Fecha: **NOGOYA-E R 04/11/2024 15:52:21 p.m.** Agencia Interviniente: **COOP. AGROP. EL PROGRESO LTDA. SUC.NOGOY**

DA305DC340RE1.364

Para el uso de AdministraciÃ³n
Aceptado por:

PÃ³liza Nro.:

Firma Agente

Firma Tomador/Asegurado

la segunda

PERSONAS

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

ACCIDENTES PERSONALES - DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Póliza N° : 51.405.543

Estimado Tomador/ Asegurado:

Deseamos puntualizar, que al momento de ocurrencia del hecho previsto por la póliza, el trámite de pago de la indemnización por parte de esta aseguradora resultará más ágil en la medida en que contemos con datos precisos y completos de los beneficiarios de la misma.

Cabe destacar, que la ausencia de datos de los beneficiarios, obligaría a la aseguradora a solicitar una declaratoria de herederos previa a abonar la indemnización, con la consecuente demora que dicho trámite implica.

Es por ello, que recomendamos a usted efectuar la declaración de beneficiarios y confirmar su voluntad con sus datos y su firma.

Ponemos a su disposición el formulario pertinente, que una vez completado podrá remitir a nuestras oficinas.

Utilizar copia del presente por cada asegurado en los seguros colectivos.

Nombre y Apellido	RPB S.A
Tipo y Nro. de Documento	CUIT 30.6631 37-37.5
Fecha de Nacimiento	
Parentesco	NINGUNO
Proporción en %	100% MIENTRAS REALICE TRABAJOS PARA
Orden Nro.	LA EMPRESA.

Nombre y Apellido	
Tipo y Nro. de Documento	
Fecha de Nacimiento	
Parentesco	
Proporción en %	
Orden Nro.	

Baja o Modificacion de Beneficiario actual:

Alberto Carlos Abate — Dni [illegible]

Firma del Asegurado — **Aclaración** — **Tipo y Nro. de documento**

Atentamente

Lugar y Fecha: Neuquén, 14 de Noviembre 2024

Aprobación — **Aprobación**

LA SEGUNDA PERSONAS

Compañía de Seguros de Personas S.A.

Scanned with MOBILE SCANNER