ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI

PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA 4205 AVENIDA LIBERTAD

(5523) - BUENA NUEVA

12 002461479 0

(20763) Mendoza Broker Srl

Seguros SURA S.A
Tte. Gral. Peron 430 piso 6.
Tel./Fax.: 0800 555 9998
CUIT 30-50000012-7 / Responsable Inscripto
Ingresos Brutos 901-917157-2

Galicia Seguros

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

Sección: Accidentes Personales

Póliza : 12 002461479 / 0

Asegurado : ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI

Entre Calles : AVENIDA LIBERTAD y

Domicilio : PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA, 4205,5523, BUENA NUEVA MENDOZA

Declaro que recibo la póliza mencionada en nombre del Asegurado y procederé a su entrega al mismo, de acuerdo con la Resolución N°24.697 y Circular N° 3426 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Lugar y Fecha: _____

N° de Casillero:
4945

Productor:
Mendoza Broker Srl

Organizador:
Mendoza Broker Srl

Fecha de Emisión:
20/10/2024

12 002461479 0

ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI

PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA 4205

(5523) - BUENA NUEVA

¡Hola!

Te damos la bienvenida y te hacemos llegar tu póliza emitida por Seguros SURA S.A

Es importante que verifiques que tus datos sean los correctos. Si encontrás algún error o tenés alguna consulta, por favor, comunicate con tu Productor Asesor de Seguros.

Para conocer más sobre la compañía y los beneficios que tienes con tu seguro contratado, ingresá a nuestro sitio web: www.galiciaseguros.com.ar

¡Estamos para que te animes a más!



Lucas Di Bin
Apoderado

Agencia de Acceso a la Información Pública

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, ello de conformidad a lo establecido en los artículos 14 y 16 de la Ley N° 25.326.

Para nuestra organización, la privacidad de los Datos Personales es muy importante, es por ello que los titulares podrán ejercer sus derechos en cualquier momento enviando un correo electrónico a info@galiciaseguros.com.ar. Para proteger la privacidad, se solicitará a los titulares de los datos que presenten constancias de identificación adecuadas antes de procesar las solicitudes.

La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por los incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Para contactar a la Agencia de Acceso a la Información Pública: **Avda. Pte.Gral. Julio A. Roca 710, 5° piso (C1067ABP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, www.argentina.gob.ar/aaip, info@aaip.gob.ar**

AP Premium
Accidentes Personales
Condiciones Particulares

Galicia Seguros

Sección: Accidentes Personales **Póliza:** 12 002461479 **Endoso:** 0 **Renueva:** 12002334381 **Operación:** RENOVACION

Asegurador	Tomador	C.U.I.T.
Seguros SURA S.A.	ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI	30608932867

Domicilio	Asegurado
PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA 4205, 5523 BUENA NUEVA MENDOZA	ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI

Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Días
04/11/2024 12:00 hs	04/11/2025 12:00 hs	365

C.U.I.P: 00252010020000000000000000000246147900000000000993306089328679 - 20000001017000000000000000074

Objeto del Seguro **Segun Suplemento Adicional**

Límite Máximo por Evento: $ 25.600.000,00
Extension y ambito de coberturas: Jornada Laboral + In Itinere República Argentina

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de 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 555 9998 – Int. 1001 / 6439 – WhatsApp: 11 664 50436.
Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.galiciaseguros.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." El temperamento expuesto no aplica a las pólizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo."

Tasa efectiva anual: 11.00 %

Integran la presente póliza las Cláusulas y/o Anexos:

ASISTMED . CGRGSMA , CGEALALTIAP_01 . AFIP_1-0 . AECGEALTI_01 . CGCAP , CRAAP . CACGCAP_1 , CACGCTBAP_01 , CACGCSCAP_01 , CACGCCobranza1AP_1 . CECMAP_1 , CECIPTPAP_01 , CECSMAP_1 . CNR , CBPT .

Sellos abonados en DDJJ del mes de Octubre
Emitida en Buenos Aires, 20 de Octubre 2024

Prima	$ 125.960,81
Recargos	$ 13.855,69
Impuestos	$ 35.093,95
Sellados	$ 2.097,25
Premio	$ 177.007,70

Matricula SSN (1017) - Productor (20763) : Mendoza Broker Srl

La presente póliza se suscribe mediante firma fascimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución N° 38.708 y modificatorias.
Pólizas emitidas por **Seguros SURA S.A.** (nueva denominación **Sudamericana Seguros Galicia S.A.** pendiente de aprobación) Cuit: 30-50000012-7



Lucas Di Bin
Apoderado

Condiciones Particulares Suplemento Adicional

Galicia Seguros

Sección	Accidentes Personales	Póliza	12 002461479	Endoso	0

Actividad	Choferes	Cant. personas	2

Nombre/s	Apellido/s	D.N.I.	Fecha Nacimiento	Fecha de alta
MARIO OSVALDO	REBOLLOSA	16441473	02/08/1963	04/11/2024
ALBERTO VICENTE	LAZZAROTTI	11571995	04/04/1955	04/11/2024

Beneficiario: Designado

Detalle de Cobertura

	Suma Asegurada
Muerte Accidental	$ 12.800.000
Asistencia Médica Prestacional	
Incapacidad Total y/o Parcial permanente por accidente	$ 12.800.000
Clausula de no Repetición	
CERAMICA CAÑUELAS S.A. CUIT Nª 30-70976159-1; CENCOSUD S.A. - CUIT. 30-59036076-3 ;SAINT GOBAIN ARGENTINA SA CUIT Nª 30-50052907-1 ;CERVECERIA Y MALTERIA QUILMES SAICA Y G. - CUIT 33-50835825-9 ;MAYCAR S.A. - CUIT 30-61286533-3 ; RAYEN CURA S.A CUIT 30-50228166-2; CERAMICA ALBERDI S.A. CUIT 33-50090851-9;RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5; COTO C.I.C.S.A. - CUIT 30-54808315-6	
Reintegro de gastos de sepelio por muerte del asegurado a consecuencia de un accidente	$ 100.000
Cláusula de Renovación Automática	
Beneficiario en Primer Termino	
RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5	

Clausula de no Repetición

Se deja expresa constancia que Seguros SURA S.A renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición contra **CERAMICA CAÑUELAS S.A. CUIT Nª 30-70976159-1; CENCOSUD S.A. - CUIT. 30-59036076-3 ;SAINT GOBAIN ARGENTINA SA CUIT Nª 30-50052907-1 ;CERVECERIA Y MALTERIA QUILMES SAICA Y G. - CUIT 33-50835825-9 ;MAYCAR S.A. - CUIT 30-61286533-3 ; RAYEN CURA S.A CUIT 30-50228166-2; CERAMICA ALBERDI S.A. CUIT 33-50090851-9;RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5; COTO C.I.C.S.A. - CUIT 30-54808315-6** sus respectivos funcionarios, empleados y/u obreros con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligado a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de a **ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI** alcanzados por la cobertura de la presente póliza, por aquellos accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo.

Beneficiario en Primer Termino

Según lo convenido entre la aseguradora y el contratante se anula y reemplaza el inciso 3 del anexo 5 por el siguiente:
Se instituye beneficiario en primer término a **RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5** siempre y cuando sea la empresa en la que se encuentre trabajando el asegurado al momento de producirse el accidente
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta cláusula
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de este cláusula, cuando estos sufrieran accidentes por la póliza. Caso contrario el beneficiario será el contratante.
Extension y ambito de coberturas: Jornada Laboral + In Itinere República Argentina

Lucas Di Bin
Apoderado

Galicia Seguros

FACTURA

Tte. Gral. Peron 430 piso 6
(C1038AAJ) C.A.B.A
Argentina
Tel./Fax 0800 555 9998

C.U.I.T. N° 30-50000012-7
Imp.internos: 8.359.000-9
I.V.A. Resp.Inscripto Ag. Ret. y Percep.
Imp. Ingr. Brutos M.C.B.A. N° 901-917157-2 CONV.MULT.
D.N.R.P.I.C. y A.C. N° 0000004

Sección: Accidentes Personales **Póliza:** 12 002461479 **Endoso:** 0 **Renueva:** 12002334381 **Operación:** RENOVACION

Asegurador	Tomador	C.U.I.T.
Seguros SURA S.A.	ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI	30608932867

Domicilio	Asegurado
PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA 4205, 5523 BUENA NUEVA MENDOZA	ROBERTO LAZZAROTTI Y ALBERTO LAZZAROTTI

Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Días
04/11/2024 12:00 hs	04/11/2025 12:00 hs	365

Condición ante el I.V.A: Responsable Inscripto **C.U.I.T.:** 30608932867

Lugar y Fecha de Emisión: Buenos Aires, 20/10/2024
Descripción del Riesgo: Según se especifica en la póliza
Fecha Vencimiento de Pago: 14/11/2024

Nro	Vencimiento	Importe	Nro	Vencimiento	Importe
1	14/11/2024	$ 14.753,30	7	14/05/2025	$ 14.750,40
2	14/12/2024	$ 14.750,40	8	14/06/2025	$ 14.750,40
3	14/01/2025	$ 14.750,40	9	14/07/2025	$ 14.750,40
4	14/02/2025	$ 14.750,40	10	14/08/2025	$ 14.750,40
5	14/03/2025	$ 14.750,40	11	14/09/2025	$ 14.750,40
6	14/04/2025	$ 14.750,40	12	14/10/2025	$ 14.750,40

Contrariamente a lo indicado, el inicio de vigencia queda sujeto a las condiciones de la Resolución 21600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Base Imponible	$ 139.816,50
IVA 21%	$ 29.361,47
IVA 3%	$ 4.194,50
Total No Gravado	$ 3.635,23
Recargo fiananciero	11,00 %

Premio $ 177.007,70

Percepcion IIBB Jurisdicción: MENDOZA Porcentaje 0 % Importe $0.00

Forma de Pago: cupon

Pago en Efectivo: Podes abonar sus cupones antes y después del vencimiento en la red de Pago Fácil, Rapipago, Ripsa y PronvinciaNet* (*También con el número de DNI)
Debito Automatico: Podes adherir el cobro de tu seguro con tarjeta de crédito o CBU de su cuenta bancaria
Link Pagos / Pago Mis Cuentas / Visa Home : Pague su seguro ingresando en todos los canales electrónicos (Homebanking, ATM, Banca Movil y Banca Internet), las 24 horas todos los días del año con su código de asegurado completando con 00 (doble cero) a la izquierda.
Pago Telefónico al 0800 555 9998 con tarjeta de crédito informando su número de póliza.
Importe neto a pagar en caso de cancelacion total antes del 14/11/2024 = $ 159.466,37
IMPORTANTE: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o en la "Cláusula de Cobranza del Premio".
De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.