Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	6	2614592

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: SORROCHE HORACIO DANIEL
Domicilio:
DNI ó CUIT: 11.154.252
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

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

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	7	2614593

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: D ALESSANDRO DIEGO MAURO
Domicilio:
DNI ó CUIT: 23.248.226
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

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

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	8	2614594

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: SORROCHE IGNACIO Fecha Ingreso: 01.10.2024
Domicilio: Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 31.533.925 Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

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

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	9	2614595

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: VAZQUEZ NOEMI BEATRIZ
Domicilio:
DNI ó CUIT: 22.763.424
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

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

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	10	2614596

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: VAZQUEZ BETIANA ALEJANDRA
Domicilio:
DNI ó CUIT: 31.367.336
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

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

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial