# AP + SALUD

SANCOR SEGUROS

Asegurado:

**BASTIDA PABLO HERNAN**

LOS BRETES 857

3265 Villa Elisa (Entre Ríos)

**Asociado: 4680974** **D0000038769295**

Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

*Emitida en Sunchales el día viernes 27 de diciembre de 2024*

**Detalle de pólizas**

| Referencia | Póliza | Ramo | Producto | Premio |
|---|---|---|---|---|
| 5095501 | 12771049 | Accidentes Personales | A P ocasion del trabajo | $ 39.177,00 |
| 521881 | 2058943 | Salud | Hernias | $ 1.155,00 |

A todos los efectos legales y contractuales, este contrato es único y comprende todas las coberturas que el Asegurado haya decidido solicitar y el Asegurador conceder. La unicidad indicada ha sido considerada para el cálculo del premio total, en atención a la compensación de riesgos que la integralidad de la cobertura representa. Sin perjuicio de ello, y al solo efecto de que el Asegurado conozca la porción del precio total que corresponde a cada cobertura contratada y al cumplimiento de normas administrativas que requieren apropiar esas porciones a cada Ramo, es que se discrimina precedentemente el número de póliza de cada cobertura y el premio que le corresponde. Pero esa discriminación no afecta la unicidad convenida en el primer párrafo. Consecuentemente, la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte de este contrato y el Plan de Pagos que se adjunta, corresponden en forma indiscriminada al Premio Total que involucra a todas las coberturas y los efectos que ante el incumplimiento de pago se producirán conforme la Cláusula recién nombrada, afectarán a todas las coberturas en su conjunto.

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

**0800 444 28500**

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

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. 17.418 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.

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.P. 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.

Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 – 2322-Sunchales (SF)

| PREMIO TOTAL |
|---|
| **$ 40.332,00** |

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974 DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420100100000000000000000012771049000000000097992338769295941000007063410000070634120054

*UBICACIÓN DEL RIESGO*

Los Bretes 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)

*CLIENTES ADICIONALES*

*Tomador*
**BASTIDA PABLO HERNAN DNI: 38769295**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Asegurado*
**BASTIDA PABLO HERNAN DNI: 38769295**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Beneficiario*
**MARTINEZ MARIA BELEN DNI: 40472320**
DR H DE ELIA 2848
3265 Villa Elisa (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Beneficiario de Subrogación*
**R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5**
BUENOS AIRES 1188
2820 Gualeguaychu (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**ADECO AGROPECUARIA S.A. CUIT: 30-61870567-2**
AVDA FONDO DE LA LEGUA 936
1640 Martinez (Buenos Aires) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**PILAGA S.A. CUIT: 30-50689859-1**
CATAMARCA 3454
1640 Martinez (Buenos Aires) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**COPRA SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-59811082-0**
AVDA LEANDRO NICEFORO ALEM 690
1001 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**TERMINAL PUERTO ROSARIO S.A. CUIT: 30-70809606-3**
AV GRAL MANUEL BELGRANO 2015
2000 Rosario (Santa Fe) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**FONDOMONTE SOUTH AMERICA S.A. CUIT: 30-71033789-2**
AV DEL LIBERTADOR 7274
1000 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**TERMINALES Y SERVICIOS S.A. CUIT: 30-69384468-8**
MAIPU 429 Piso 3 Dpto 5
1006 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5**
BUENOS AIRES 1188
2820 Gualeguaychu (Entre Ríos) - ARGENTINA

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

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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 Proveído Nro. 110.735 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

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974 DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420100100000000000000000012771049000000000097992338769295941000007063410000070634120054

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**PALMAR S.A. CUIT: 30-50177086-4**
ASTORI PIERON 1398
5000 Cordoba (Córdoba) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**CORBLOCK S.A. I C CUIT: 30-56119202-9**
AV ITALIA 184
5101 Malagueño (Córdoba) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**LDC ARGENTINA S.A. CUIT: 30-52671272-9**
OLGA COSSETTINI 240
1107 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**UNION CEREALERA S.A. CUIT: 30-63021444-7**
CRUCE RUTAS 14 Y 20 0
2820 Gualeguaychu (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**SADEPAN LATINOAMERICANA S.A. CUIT: 30-69173262-9**
RUTA PROV 139
3260 Concepcion del Uruguay (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Tercero c/Cláus. no Repetición*
**M.T.R S.A CUIT: 30-71013314-6**
AVDA INDUSTRIAL NACIONAL N 650
2000 Rosario (Santa Fe) - ARGENTINA

SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA, en adelante EL ASEGURADOR, con arreglo a las Condiciones Generales y a las Condiciones Generales Específicas, Especiales y Particulares que sean de aplicación según se indica en la presente póliza, por la presente asegura a :

BASTIDA PABLO HERNAN
Actividad: Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
Clasificación: Transporte de carga a corta, mediana y larga distancia
Tarea: Chofer y/o Acompañante con Carga y Descarga

*COBERTURAS*

| Cobertura | Suma asegurada |
|---|---|
| • **Muerte Accidental** | **$ 50.000.000,00** |
| • **Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente** | **$ 50.000.000,00** |
| • **Asist. Médica Farmacéutica** | **$ 20.000.000,00** |
| • **Subsidio por Fallecimiento** | **$ 858.000,00** |

• **Llamando al Doctor**
*Es un servicio de videollamadas donde profesionales médicos atenderán sus consultas sobre salud de manera gratuita, evitando esperas y traslados.*
*Podés consultar diferentes especialidades: Medicina General, pediatría y ginecología y obstetricia.*
*¿Cómo utilizar este servicio?*
*Descargando la APP "Llamando al doctor" donde podrás acceder al consultorio virtual en cualquier momento y lugar.*
*Beneficiarios:*
*Serán exclusivamente las personas declaradas en póliza.*

• **Descuento en Farmacias + Alta Complejidad**

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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 Proveído Nro. 110.735 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".

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

GRUPO SANCOR SEGUROS

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974 DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420100100000000000000000012771049000000000097992338769295941000007063410000070634120054

*DESCUENTO DEL 50% EN FARMACIAS*
*Es un descuento en medicamentos en la red de farmacias adheridas de todo el país sobre el Vademécum Premium de primeras marcas de los principales laboratorios que figura en nuestra página web.*
*¿Cómo obtener este beneficio?*
*Presentando su DNI y la receta médica correspondiente.*
*INTERVENCIONES ALTA COMPLEJIDAD*
*Este beneficio consistirá en el reconocimiento indemnizatorio al Asegurado, sobre las intervenciones quirúrgicas cubiertas.*
*Sumas aseguradas: BVM 0 $200.000 y BVM 1 $100.000*
*Carencia: aplica 60 días para vigencias mayores a 3 meses, resto no aplica.*
*Ámbito de la cobertura: en cualquier lugar del mundo. Las 24 hs., los 365 días del año.*

*ANEXOS Y CLÁUSULAS*

- **Cond Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond. Part. (Condiciones Particulares)**

Conforme Cláusulas:

- Edades Asegurables (Nro. 25)
  *Edad mínima de ingreso: 14 años.*
  *Edad máxima de ingreso: 80 años.*
  *Edad máxima de permanencia: 80 años inclusive.*

  *ALCANCE DE LA COBERTURA:*
  *Se encuentran cubiertos los accidentes que sufra el Asegurado durante el ejercicio de su profesión o actividad declarada para el seguro, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los accidentes in itinere.*
  *Se entiende por Accidentes in itinere aquéllos que sufra el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su domicilio particular y el lugar de trabajo o viceversa, siempre y cuando el Asegurado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.*
- Beneficiario (Nro. 100)
  *De acuerdo a lo establecido en el Art. 156 de la Ley de Seguros Nº 17418 podrá ser beneficiario el contratante cuando tenga un interés económico lícito respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto.*
- Defensor del Asegurado (Nro. 105)
  *Informamos que esta aseguradora adhirió al reglamento del Defensor del Asegurado, figura esta última de Carácter privado creada en el ámbito de ADIRA Aseguradoras del Interior de la República Argentina y orientada a la protección de los derechos de los asegurados y/o beneficiarios, mediante la intervención en los conflictos que se suscitaren entre la persona física o jurídica que tuviera contratado un seguro y un asegurador debidamente autorizado para operar, que previamente hubiera adherido al Sistema.*
  *Transcribimos a continuación el Art. 3° del Reglamento:*
  *3. Ámbito de competencia.*
  *La Defensoría del Asegurado conoce de los reclamos formulados por personas físicas o jurídicas que hubieran celebrado un contrato de seguro con un asegurador adherente al reglamento, siempre y cuando la suma de dinero motivo de la controversia directa o indirectamente no sea inferior a $ 2000 (pesos dos mil) ni superior $ 50.000 ( pesos cincuenta mil).*
  *En el caso de un Seguro de vida también podrá deducir reclamo bajo el presente procedimiento el beneficiario designado. No se admitirán cuestiones controvertidas entre distintos beneficiarios.*
  *Quedan excluidos los reclamos provenientes de los siguientes riesgos: Riesgos del Trabajo; Seguros de Caución; Seguros de Salud; Seguros de Responsabilidad civil Profesional; Seguros de Responsabilidad civil suscripto como cobertura única; y todo aquel que no se circunscriba a una cuestión específica entre asegurado y asegurador.*
  *También quedarán excluidas del presente procedimiento las cuestiones relacionadas con la pesificación de obligaciones establecidas por la ley 25.561, modificaciones y sus decretos reglamentarios.*
  *Tampoco será admitido bajo el presente procedimiento cualquier reclamo que un tercero efectúe al asegurado y/o asegurador como consecuencia de la aplicación de cualquier cobertura de Responsabilidad Civil .*
  *En todo caso el asegurador a título particular podrá libremente aceptar el procedimiento excediendo los límites establecidos.*
  *La resolución pondrá fin al procedimiento, establecerá claramente los derechos de las partes y dispondrá las medidas o actos que deban ejecutarse.*

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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 Proveído Nro. 110.735 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**

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974 DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420100100000000000000000012771049000000000097992338769295941000007063410000070634120054

*Para mayor información podrá dirigirse a personalmente o enviando una carta al "Defensor del Asegurado" a la siguiente dirección: Callao 664 - Rosario - Pcia. de Santa Fe - C.P. 2000; escribiendo al e-mail adira@citynet.net.ar o comunicándose telefónicamente al teléfono 0341-4396723.*

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**
- **No Repetic (No Repetición)**

*Se deja expresa constancia por medio de este endoso, que formará parte integrante de la póliza/certificado, que Sancor Cooperativas de Seguros Limitada renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición contra las firmas o personas físicas designadas precedentemente bajo la figura "Tercero con Cláusula de No Repetición", ya sea con fundamentos en la Ley 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al Asegurado declarado en la presente Póliza/Certificado, comprendido en la cobertura de la presente Póliza/Certificado de Accidentes Personales "con motivo de la profesión o actividad declarada e In Itinere".*

- **Sub-rog (Sub-rogación)**

*Se deja expresa constancia que se designa como beneficiarios para el caso de muerte o incapacidad accidental e invalidez total o parcial por accidente y asistencia médico farmacéutica, en la medida del interés asegurable, a las firmas o personas físicas indicadas precedentemente, en forma indistinta y excluyente. El beneficio de este seguro recaerá en las firmas o personas físicas indicadas precedentemente en la medida que el siniestro ocurra como consecuencia de accidentes derivados de hechos originados en el trabajo o actividad declarada en la correspondiente solicitud y que el asegurado se encuentre realizando para el beneficiario correspondiente, dentro de los limites y condiciones particulares y generales de esta póliza. Asimismo, queda expresamente aclarado que en caso de que cualquiera de los beneficiarios subrogados no posea interés asegurable demostrado ante la ocurrencia de un accidente de la persona asegurada, quedará sin efecto esta cláusula de subrogación, siendo el beneficiario de la póliza el originalmente designado, en la medida de su interés asegurable.*

- **CA AMF (C.A.Asist Medico Farmacéutica)**
- **C Sub Fall (C. Subsidio por fallecimiento)**
- **Anexo 9 (Cobranza del Premio)**

*CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO*
*A - PARA VIGENCIA MENSUAL*
*ARTICULO 1:*
*El premio de esta póliza de vigencia mensual deberá pagarse al contado o por débito automático mediante tarjeta de crédito, caja de ahorros o cuenta corriente bancaria en la fecha de iniciación de su vigencia, previa suscripción de la autorización correspondiente a tales efectos incluida en la Solicitud del Seguro. La vigencia cuya fecha de inicio se expresa en la carátula de la presente póliza, sólo comenzará a regir si el pago total del premio se realiza con anterioridad a la misma, de no ocurrir así, la cobertura quedará automáticamente suspendida. La respectiva factura deberá consignar la situación del Asegurado como contribuyente al Impuesto al Valor Agregado y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma. La vigencia de la póliza se prorrogará automáticamente por once períodos mensuales, siendo renovada al final del último de ellos en forma automática, asignándose un nuevo número de póliza, en iguales condiciones y previa recepción del pago del premio en la forma indicada en los dos primeros párrafos de la presente norma. Cuando se trate de operaciones canalizadas a través de tarjetas de crédito:*
*a) La fecha de pago será la del vencimiento de la liquidación de la respectiva tarjeta de crédito b) Para el caso de que el Asegurado decida dar por finalizada la cobertura, deberá informar tal decisión a la Aseguradora antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el descuento.*

*B - PARA RESTO DE VIGENCIAS*
*El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia. Si el Asegurador lo aceptase, también podrá abonarse en cuotas mensuales y consecutivas expresadas en la moneda del contrato, contemplando la primera de ellas el total del Impuesto al Valor Agregado, consignándose también la situación del contribuyente y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Asimismo, en caso de otorgarse financiamiento para el pago del Premio, se aplicará un componente financiero en la/s cuota/s sobre saldos conforme a lo establecido en el Art. 4° de la Resolución Nro. 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación. La aceptación de la cobertura y su respectivo inicio de vigencia quedan condicionados a la recepción junto con la respectiva solicitud de Seguros, del pago total del premio o como mínimo un importe equivalente al 25% del mismo. Se entiende por Premio a la Prima más impuestos, tasas gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.*

*DE APLICACIÓN PARA A: (VIGENCIA MENSUAL) Y B: (RESTO DE VIGENCIAS)*
*ARTICULO 2:*
*Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible y sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad.*
*Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del Importe vencido.*

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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 Proveído Nro. 110.735 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**

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974 DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 0224201001000000000000000001277104900000000097992338769295941000007063410000070634120054

*Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago.*
*La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.*
*No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.*

*ARTICULO 3:*
*El plazo de pago no podrá exceder el plazo de vigencia.*

*ARTICULO 4:*
*Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.*

*ARTICULO 5:*
*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 Nación.*
*b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.*
*c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*

*ARTICULO 6:*
*Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.*

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:*
*Resolución 429/2000:*
*Artículo 1º - 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.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*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.*
*Resolución 406/2024:*
*ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.*

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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 Proveído Nro. 110.735 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**

# Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 5095501 Póliza nro. 12771049**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 12 hs 8/1/2025** | **Hasta las 12 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Asegurado
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974** **DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420100100000000000000000012771049000000000097992338769295941000007063410000070634120054

*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 28-01-2025 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.*

*PRODUCTOR - ASESOR*

- **ROSSIER CARINA MARIA (Matr. 70634) (Productor)**

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

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

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 Proveído Nro. 110.735 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

# Salud

SANCOR SEGUROS

## Ref: 521881 Póliza nro. 2058943

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 8/1/2025** | **Hasta las 0 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Tomador
**BASTIDA PABLO HERNAN**
Los Bretes 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974** **DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 022420200200000000000000000002058943000000000070992338769295971000007063410000070634120054

***UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO, COBERTURAS, BIENES ASEGURADOS, ANEXOS Y CLÁUSULAS SEGÚN SE DETALLAN EN CADA UNO DE LOS CERTIFICADOS ADJUNTOS.***

***Detalle de certificados comprendidos en esta emisión para la póliza de referencia: 1.***

*ANEXOS Y CLÁUSULAS*

- **Cond.Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)**
- **Anexo 5 (Anexo 5)**
- **Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)**
- **Anexo 9 (Cobranza del Premio)**

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:*
*Resolución 429/2000:*
*Artículo 1º - 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.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*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.*
*Resolución 406/2024:*
*ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.*

*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*

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

*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**

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

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**

# Salud

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 521881 Póliza nro. 2058943**

***Constancia de Póliza***

| VIGENCIA | |
|---|---|
| **Desde las 0 hs 8/1/2025** | **Hasta las 0 hs 8/3/2025 (*)** |

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Tomador
**BASTIDA PABLO HERNAN**
Los Bretes 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974** **DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

CUIP: 02242020020000000000000000002058943000000000070992338769295 97-10000070634100000706341200 54

*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 28-01-2025 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.*

*PRODUCTOR - ASESOR*

- **ROSSIER CARINA MARIA (Matr. 70634) (Productor)**

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

**Esta cobertura es abonada mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta**

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**

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

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

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*Cond.Grales (Condiciones Generales)*

*Cláusula 1 - DISPOSICIONES APLICABLES Y SU ORDEN DE PRELACIÓN*
*Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza, que consta de:*

*- Condiciones Generales Comunes*
*- Condiciones Generales - Seguros Individuales o Seguros Colectivos, según corresponda*
*- Condiciones Específicas de las coberturas contratadas*
*En caso de discordancia, queda entendido y convenido que las Condiciones Específicas prevalecerán sobre las Condiciones Generales y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.*

*COBERTURA*

*Cláusula 2 - OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO*

*La presente póliza cubre las contingencias de salud que el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la póliza -o Certificado de Incorporación, en caso de corresponder- estipuladas en las Condiciones Especificas de las coberturas contratadas, según consta en las Condiciones Particulares, sujeto en cada caso a los periodos de espera correspondientes.*
*Se entiende por periodo de espera, al periodo de cada prestación debida por la Aseguradora que el Asegurado asume a su cargo en caso de siniestro.*

*Cláusula 3 - ALCANCE GEOGRÁFICO*

*La cobertura de esta póliza abarca las contingencias de salud cuyo tratamiento se realice en el territorio de la República Argentina o en el exterior. Cuando corresponda la intervención de establecimientos asistenciales y profesionales de la salud, éstos deberán ser debidamente autorizados a tal fin por el organismo de control sanitario correspondiente, salvo pacto en contrario en las Condiciones Específicas o en las Condiciones Particulares.*

*Se entiende por Establecimiento Asistencial aquél catalogado como Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc. que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y que posea servicio de enfermería durante las 24 (veinticuatro) horas del día y esté equipado para cirugía mayor.*
*No se consideran Establecimientos Asistenciales los geriátricos, centros de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni los establecimientos que funcionen como centros de tratamiento para drogas y/o alcohol.*
*La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado. Por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el Asegurado.*

*Cláusula 4 - SUMA ASEGURADA- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD*

*La suma asegurada indicada para cada cobertura en las Condiciones Particulares- y/o Certificado de Incorporación en caso de corresponder- constituye el límite máximo de la responsabilidad de la Aseguradora.*

*Cláusula 5 - RIESGOS NO CUBIERTOS*

*Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:*

*a) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia*
*b) Cirugías estéticas o plásticas no reparadoras*
*c) Métodos para adelgazar quirúrgicos*
*d) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo*
*e) Trastornos relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o disfunciones sexuales*
*f) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos*
*g) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional*
*h) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado*
*i) Tratamientos odontológicos*
*j) Lesiones auto-infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental*
*k) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que la póliza - o el Certificado de Incorporación, de corresponder- haya estado en vigor ininterrumpidamente por 1 (un) año antes del hecho*
*l) Hechos provocados con dolo o culpa grave, por acción u omisión de quien esté a cargo del pago de primas (Tomador o Asegurado, según corresponda) o, en caso de accidente, si fueran provocados por el Asegurado culposa o dolosamente.*
*m) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal*
*n) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza*
*o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares*
*p) Acontecimientos catastróficos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, aluviones, alud, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, ciclón, tornado, tifón, meteorito.*
*q) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, , terrorismo, tumulto popular, (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derecho establecidos por la OIT), vandalismo o lock-out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo*

*Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación -de corresponder-, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:*
*a) Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas;*
*b) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial, excepto cuando se trate de líneas de transporte regular o charters entre aeropuertos o puertos autorizados;*
*c) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning);Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas);; Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos.*
*d) Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro aun estando embarazada.*
*e) Abuso en el consumo de alcohol. Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.*
*f) Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez, tratamientos de fertilización asistida.*
*g) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico*

*Cláusula 6 - VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS*

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*El comienzo de la cobertura de la póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la póliza, la que fuera posterior.*

*La cobertura de cada Asegurado comenzará a regir en las fechas que se indican a continuación, salvo pacto en contrario:*
*a) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se hubiera efectuado con anterioridad a su fecha de inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el inicio de vigencia de la póliza, siempre que la Aseguradora hubiera aceptado la solicitud correspondiente en forma expresa y con anterioridad a dicha fecha.*
*b) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se efectúe con posterioridad a su inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el día 1° del mes siguiente a la fecha en que la Aseguradora acepte como satisfactorias las pruebas de asegurabilidad exigidas.*

*La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador y/o Asegurados que soliciten el seguro, la aceptación postergación o rechazo del mismo dentro del plazo de 15 días de recibida la solicitud correspondiente y de cumplimentados los requisitos de asegurabilidad determinados. La no contestación dentro del plazo referido implicará la aceptación de la cobertura solicitada.*

*La póliza es de vigencia anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria, la que deberá tenerse por comunicada 30 días antes de la fecha de renovación automática.*

*DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO*

*Cláusula 7 - RETICENCIA*

*Las declaraciones falsas o reticencias de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, según corresponda, producen la nulidad del contrato y/o de las coberturas contratadas aun cuando hubieran sido hechas de buena fe, cuando a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales solicitadas o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo.*
*La Aseguradora no podrá invocar como reticencia, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud y en la declaración personal para el presente seguro.*

*Cláusula 8 - OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO*

*Son obligaciones del Tomador y/o Asegurado:*
*a) Ingresar en tiempo y forma el importe del premio total, según lo establecido en estas Condiciones Generales Comunes*
*b) Comunicar a la Aseguradora -en los formularios que ésta le suministre- los siniestros que afecten a cualquiera de las coberturas contratadas*

*Cláusula 9 - INFORMACIONES A SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA*

*El Tomador y los Asegurados se comprometen a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, pruebas y certificados de matrimonio, nacimiento, fechas de ingreso al grupo asegurado de corresponder o cualquier otra circunstancia que se relacione con el seguro, en cuanto sea razonable.*
*El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado si él o el Tomador dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.*

*Asimismo el Asegurado se compromete a informar las modificaciones que se produzcan en las situaciones que constan en las Condiciones Particulares de esta póliza y demás circunstancias que impliquen una variación o agravación del riesgo. Estas modificaciones deberán ser denunciadas antes de que se produzcan cuando se trate de un hecho propio del Asegurado e inmediatamente después de conocerlas cuando deriven de un hecho ajeno.*
*Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:*
*a) Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas.*
*b) Fijación de residencia fuera del país.*

*Toda agravación del riesgo asumido que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del mismo.*

*Cláusula 10 CESIÓN DE DERECHOS*

*Los derechos emergentes de esta póliza podrán ser transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.*

*Cláusula 11 - CÁLCULO DE LA PRIMA Y DEL PREMIO*

*La prima a pagar por el Tomador es el importe resultante de sumar las primas individuales correspondientes a las coberturas contratadas.*
*Las condiciones tarifarias para el cálculo de las primas individuales podrán ser ajustadas por la Aseguradora sólo en cada aniversario de la póliza -al vencimiento de cada uno de los períodos anuales de vigencia- para lo cual ésta deberá comunicar al Tomador las nuevas condiciones tarifarias por escrito, con una anticipación no menor de 30 (treinta) días a la fecha en que comiencen a regir.*
*En todos los casos, el premio surgirá de adicionar al importe de prima obtenido los impuestos, tasas, gravámenes y todo recargo adicional que pudiera corresponder.*

*Cláusula 12 PAGO DE LOS PREMIOS*

*Los premios mensuales de este seguro deben pagarse por adelantado y al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.*
*El premio será fraccionado en cuotas mensuales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas -que deberá pagarse al contado- se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado). Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).*
*Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.*
*Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la hora 12 (doce) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo, debiendo el Asegurado y/o el Tomador, según corresponda, abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.*
*Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.*
*Si el Tomador solicitara por escrito la rescisión de la póliza dentro del plazo de gracia, deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de recibo de tal solicitud por la Aseguradora.*

*Por su parte, la Aseguradora podrá rescindir el contrato, decisión que deberá notificar de inmediato al Tomador. La rescisión no se producirá si las primas adeudadas se pagan antes del vencimiento de dicho plazo.*

*La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.*
*Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados con este contrato de seguro, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores.*
*Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año y a lo adicionales por endosos o suplementos de la póliza. En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia disminuido en 30 (treinta) días.*

*Los premios deben ser pagados en las oficinas de la Aseguradora, en sus agencias oficiales o en las entidades debidamente habilitadas para tal fin, salvo pacto en contrario.*

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*Todos los pagos que resulten de la aplicación de ésta cláusula se efectuarán de acuerdo con lo normado en el Artículo 1º de la Resolución ME Nº 429/00 (modificado por la Resolución ME Nº 407/01), cuyo texto se trascribe seguidamente:*
*"ARTICULO 1° - 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.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*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."*

*Cláusula 13 DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS*

*La designación de Beneficiarios se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Aseguradora luego de ocurrido el siniestro. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.*
*El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento los Beneficiarios designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de Beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.*
*Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos legales.*
*La Aseguradora quedará liberada en caso de pagar la indemnización a los Beneficiarios debidamente designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de dicha designación.*

*DE LA ASEGURADORA*

*Cláusula 14 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN*

*La Aseguradora deberá pagar al Asegurado el importe correspondiente, según lo estipulado en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas. El pago se realizará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada la documentación y constancias a la que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior.*

*SINIESTROS*

*Cláusula 15 CONFIGURACION DEL SINIESTRO*

*Se entiende por Siniestro todo acontecimiento de un riesgo cubierto por el seguro, ocurrido durante la vigencia de la cobertura, que obliga a la Aseguradora a resarcir la pérdida efectivamente sufrida (reembolso) o cumplir con la prestación convenida (indemnización), según corresponda.*
*El Tomador y/o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo estipulado en las coberturas contratadas, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.*
*El Tomador y/o Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora -a su pedido- las pruebas fehacientes de los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.*
*En todos los casos, el Tomador y/o Asegurado deberán presentar el formulario de denuncia suministrado por la Aseguradora además de la documentación detallada en las Condiciones Específicas de las coberturas correspondientes.*

*Cláusula 16 - VALUACION POR PERITOS*

*Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables de los siniestros cubiertos por las coberturas contratadas serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir -dentro de los 8 (ocho) días de su designación- a un tercer facultativo para el caso de divergencia.*
*Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días y, en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días.*
*Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la autoridad competente en materia de salud pública de la Nación.*
*Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.*

*Cláusula 17 - FRAUDE*

*La Aseguradora quedará liberada si se comprobaran simulaciones o fraudes referentes al Tomador y/o Asegurado o en las informaciones y pruebas presentadas para comprobar el siniestro. Se perderán los derechos a la indemnización si se exageraran fraudulentamente las lesiones o se emplearan pruebas falsas para acreditarlas.*

*Cláusula 18 - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO*

*La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador o al Asegurado -según corresponda- la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior. Si las comprobaciones de la cláusula mencionada no resultaran concluyentes, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por el lapso detallado en las Condiciones Específicas correspondientes, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.*
*La falta de contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.*
*En caso de aceptación, la Aseguradora procederá al pago.*
*En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios que se encuentren pendientes de pago serán pagados por la Aseguradora a los beneficiarios designados.*

*EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA*

*Cláusula 19 RESCISIÓN UNILATERAL*

*Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer período del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.*
*Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.*

*Cláusula 20 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA*

*Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares o el Certificado de Incorporación, la cobertura de cada Asegurado se extinguirá en los siguientes casos:*

*a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro*
*b) Por rescisión o caducidad de la póliza*
*c) Por la comprobación de simulaciones o fraudes referentes al Asegurado o relacionados con sus reclamos*
*d) Por falta de pago del premio sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 12 (Pago de los Premios)*
*e) Por muerte del Asegurado*

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*f) Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia en el seguro*

*La renuncia a que se refiere el inciso a) precedente deberá ser comunicada a la Aseguradora por el Tomador y/o Asegurado. Asimismo, la póliza y/o el Certificado de Incorporación quedarán rescindidos el primer día del mes siguiente al de la fecha en que la Aseguradora haya recibido dicha comunicación.*
*En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.*

*CONTROVERSIAS*

*Cláusula 21 - JURISDICCIÓN*

*Toda controversia judicial que se plantee en relación con la presente póliza, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la jurisdicción judicial del domicilio del Tomador o Asegurado -según corresponda-, siempre que sea dentro de los límites del país.*
*Sin perjuicio de ello, el Tomador o el Asegurado o sus derecho-habientes, según corresponda, podrán presentar sus demandas contra la Aseguradora ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza. Del mismo modo, se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.*

*OTRAS DISPOSICIONES*

*Cláusula 22 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE*

*El productor o agente sólo está facultado para:*
*a) Recibir propuestas y modificaciones de póliza.*
*b) Entregar los instrumentos emitidos por la Aseguradora y*
*Para representar a la Aseguradora en cualquier otra cuestión debe hallarse facultado para actuar en su nombre.*

*Cláusula 23 - CÓMPUTO DE PLAZOS*

*Todos los plazos de días mencionados en la póliza se consideran corridos, salvo disposición expresa en contrario.*

*CONDICIONES GENERALES COMUNES*
*ANEXO 1: RIESGOS NO CUBIERTOS*

*Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:*

*a) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia*
*b) Cirugías estéticas o plásticas no reparadoras*
*c) Métodos para adelgazar quirúrgicos*
*d) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo*
*e) Trastornos relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o disfunciones sexuales*
*f) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos*
*g) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional*
*h) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado*
*i) Tratamientos odontológicos*
*j) Lesiones auto-infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental*
*k) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que la póliza - o el Certificado de Incorporación, de corresponder- haya estado en vigor ininterrumpidamente por 1 (un) año antes del hecho*
*l) Hechos provocados con dolo o culpa grave, por acción u omisión de quien esté a cargo del pago de primas (Tomador o Asegurado, según corresponda) o, en caso de accidente, si fueran provocados por el Asegurado culposa o dolosamente.*
*m) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal*
*n) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza*
*o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares*
*p) Acontecimientos catastróficos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, aluviones, alud, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, ciclón, tornado, tifón, meteorito.*
*q) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, , terrorismo, tumulto popular, (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derecho establecidos por la OIT), vandalismo o lock-out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo*

*Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación -de corresponder-, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:*
*a) Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas;*
*b) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial, excepto cuando se trate de líneas de transporte regular o charters entre aeropuertos o puertos autorizados;*
*c) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning);Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas);; Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos.*
*d) Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro aun estando embarazada.*
*e) Abuso en el consumo de alcohol. Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.*
*f) Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez, tratamientos de fertilización asistida.*
*g) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico*
*?*

*ANEXO 2 - INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES*
*A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en la Cláusula Nro 5 Riesgos No Cubiertos, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados allí tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:*

*Guerra: Es I) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o II) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o III) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).*

*Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la*

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.*

*Guerrillas: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto - aunque lo sea en forma rudimentaria - y que, I) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o II) en el caso en que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.*

*Rebelión, Insurrección o Revolución: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país - sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él - contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entiende equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que se encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.*

*Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.*

*Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero - aunque dichas fuerzas sean rudimentarias - o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y I) que tengan por objeto a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; II)que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; III) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el Gobierno Argentino.*

*Lock-out: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock-out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.*

*Tumulto Popular: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta, conmoción.*

*Vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.*

*ANEXO 3 - VIGENCIA PERIÓDICA PRORROGABLE*
*Queda convenido y establecido que el período de vigencia de esta póliza es el indicado en las Condiciones Particulares, el que resulta prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias por los períodos restantes hasta completar la anualidad, a condición de que se encuentre pago el premio del período inmediato anterior. Ello no obsta a que el Asegurado y/o el Tomador ejerzan su derecho al plazo de gracia.*

*Cumplida la anualidad, el contrato será renovado en forma automática en los términos precedentes, sujeto a los ajustes que pudieran corresponder en las condiciones tarifarias aplicables.*

*Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)*

*Se entiende por período de carencia, el lapso -contado desde la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura contratada- durante el cual el Asegurado tiene la obligación de abonar las primas sin gozar de la cobertura correspondiente.*
*Ningún beneficio bajo esta póliza se otorgará si el evento indemnizable acontece durante el periodo de carencia, salvo que el mismo sea a consecuencia de un accidente, entendiéndose como tal a toda lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.*
*Durante el plazo de carencia, la cobertura de cada Asegurado deberá estar vigente en forma ininterrumpida.*
*Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales correspondientes.*
*En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a 6 (seis) meses, el plazo de carencia deberá ser nuevamente cumplimentado.*
*Las presentes condiciones no serán de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad, o utilice las Condiciones Específicas - Enfermedades Preexistentes, como así tampoco en el caso de seguros individuales.*

*Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)*

*Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO*
*La presente cobertura ampara el reintegro de los gastos en que incurra el Asegurado con motivo de practicársele alguna de las intervenciones quirúrgicas detalladas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS que forman parte integrante de las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder, siempre y cuando la misma se efectúe durante la vigencia de la póliza o Certificado de Incorporación según corresponda, y derive de una patología que haya sido diagnosticada durante la vigencia de la póliza o Certificado de Incorporación, según corresponda. Para cualquier solicitud de reembolso de gastos cubiertos, es condición ineludible que el tratamiento médico se practique en Establecimientos Asistenciales y por profesionales habilitados para tal fin.*

*Cláusula 2 - BENEFICIO*
*La suma asegurada para esta cobertura, que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación en caso de corresponder, representa el monto máximo que la Aseguradora abonará en concepto de reintegro de los gastos cubiertos. Los reintegros no podrán superar el monto efectivamente desembolsado para la intervención cubierta. La liquidación del beneficio se realizará a quien acredite fehacientemente haber efectuado el gasto.*

*Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS*
*En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas todas aquellas intervenciones quirúrgicas no listadas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS, que integra las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder.*

*Cláusula 4 - DENUNCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA*
*Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado (o a su representante), según corresponda: a) Denunciar la o las intervenciones quirúrgicas que se le han efectuado dentro de los 15 (quince) días contados a partir de la realización de las mismas. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes: 1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y la intervención quirúrgica realizada al Asegurado Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que: - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados. c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura. d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos*

## *Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales*

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

*designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta. e) Presentar las facturas (originales, copias certificadas por organismo oficial o electrónicas), correspondientes a todos los gastos en que hubiera incurrido por la intervención quirúrgica cubierta. Las mismas deberán estar emitidas conforme las normas legales y reglamentarias vigentes relativas a facturación. La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.*

*Cláusula 5 - PLAZOS DE PRUEBA*
*Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia de la Intervención Quirúrgica) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la o las intervenciones quirúrgicas practicadas , la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres meses, a fin de confirmar el diagnóstico.*

*Cláusula 6 - CARÁCTER DEL BENEFICIO*
*El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza. La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido la totalidad del beneficio estipulado en la misma.*

*Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA*
*Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la presente cobertura terminará: a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa. b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cobertura. c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder. En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.*
*ANEXO 1: RIESGOS NO CUBIERTOS*
*En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas Todas aquellas intervenciones quirúrgicas no listadas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS, que integra las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder*

*ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS*
*o Hernioplastia inguinal, crural; umbilical, de la línea media (Código: 08.02.03)*
*o Hernioplastia bilateral (Código: 08.02.05)*
*o Discectomía cervical, dorsal, lumbar (Código: 12.17.01)*

*Anexo 9 (Cobranza del Premio)*

*CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO*
*A - PARA VIGENCIA MENSUAL*
*ARTICULO 1:*
*El premio de esta póliza de vigencia mensual deberá pagarse al contado o por débito automático mediante tarjeta de crédito, caja de ahorros o cuenta corriente bancaria en la fecha de iniciación de su vigencia, previa suscripción de la autorización correspondiente a tales efectos incluida en la Solicitud del Seguro. La vigencia cuya fecha de inicio se expresa en la carátula de la presente póliza, sólo comenzará a regir si el pago total del premio se realiza con anterioridad a la misma, de no ocurrir así, la cobertura quedará automáticamente suspendida. La respectiva factura deberá consignar la situación del Asegurado como contribuyente al Impuesto al Valor Agregado y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma. La vigencia de la póliza se prorrogará automáticamente por once períodos mensuales, siendo renovada al final del último de ellos en forma automática, asignándose un nuevo número de póliza, en iguales condiciones y previa recepción del pago del premio en la forma indicada en los dos primeros párrafos de la presente norma. Cuando se trate de operaciones canalizadas a través de tarjetas de crédito:*
*a) La fecha de pago será la del vencimiento de la liquidación de la respectiva tarjeta de crédito b) Para el caso de que el Asegurado decida dar por finalizada la cobertura, deberá informar tal decisión a la Aseguradora antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el descuento.*
*B - PARA RESTO DE VIGENCIAS*
*El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia. Si el Asegurador lo aceptase, también podrá abonarse en cuotas mensuales y consecutivas expresadas en la moneda del contrato, contemplando la primera de ellas el total del Impuesto al Valor Agregado, consignándose también la situación del contribuyente y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Asimismo, en caso de otorgarse financiamiento para el pago del Premio, se aplicará un componente financiero en la/s cuota/s sobre saldos conforme a lo establecido en el Art. 4° de la Resolución Nro. 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación. La aceptación de la cobertura y su respectivo inicio de vigencia quedan condicionados a la recepción junto con la respectiva solicitud de Seguros, del pago total del premio o como mínimo un importe equivalente al 25% del mismo. Se entiende por Premio a la Prima más impuestos, tasas gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.*
*DE APLICACIÓN PARA A: (VIGENCIA MENSUAL) Y B: (RESTO DE VIGENCIAS)*
*ARTICULO 2:*
*Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible y sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad.*
*Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del Importe vencido.*
*Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago.*
*La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.*
*No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.*
*ARTICULO 3:*
*El plazo de pago no podrá exceder el plazo de vigencia.*
*ARTICULO 4:*
*Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.*
*ARTICULO 5:*
*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 Nación.*
*b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.*
*c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.*
*ARTICULO 6:*
*Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.*

# Salud

SANCOR SEGUROS

## Ref: 521881 Póliza nro. 2058943

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

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 8/1/2025 | Hasta las 0 hs 8/3/2025 (*) |

**Ref.Certif.: 1**

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 08/01/2026***
***Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Tomador
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974** **DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

*CLIENTES ADICIONALES*

*Asegurado Titular*
**BASTIDA PABLO HERNAN DNI: 38769295**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos) - ARGENTINA

*Beneficiario*
**BASTIDA PABLO HERNAN DNI: 38769295**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos) - ARGENTINA

*DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO*

*Salud Segura - Hernias*

Tipo Cobertura: Individual

*COBERTURAS*

| Cobertura | |
|---|---|
| • **Intervenciones Quirúrgicas** | **$ 2.250.000,00** |

*ANEXOS Y CLÁUSULAS*

- **Cond.Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)**
- **Anexo 5 (Anexo 5)**

*Contrario a lo establecido en condiciones de póliza generales y particulares, se deja expresamente aclarado:*
*- Personas asegurables: Todo asegurado que se encuentre vigente en la póliza de Accidentes Personales y dentro del grupo regido por el contratante.*
*- Beneficiario: Será el tomador en la medida del interés asegurable. El beneficio otorgado por esta póliza consistirá en el reconocimiento por vía de reintegro exclusivamente presentando factura original/electrónica, de aquellos gastos efectuados en intervenciones quirúrgicas cubiertas hasta el tope de la suma asegurada contratada.*
*- Edad límite ingreso/ permanencia: Hasta los 80 años inclusive.*
*- No aplica preexistencia ni Declaración Jurada de Salud.*
*- Carencia de Producto: 60 días*
*- Quedarán excluidas de cobertura aquellas intervenciones quirúrgicas que, aun habiéndose efectuado dentro de la vigencia de la póliza, deriven de patologías diagnosticadas durante el plazo de carencia establecido (60 días).*
*- La presente póliza tendrá idéntica vigencia a la establecida en la póliza de Accidentes Personales que el tomador tenga contratada para el mismo asegurado.*

*LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS*
*o Hernioplastia inguinal, crural; umbilical, de la línea media (Código: 08.02.03)*
*o Hernioplastia bilateral (Código: 08.02.05)*
*o Discectomía cervical, dorsal, lumbar (Código: 12.17.01)*

- **Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)**
- **Anexo 9 (Cobranza del Premio)**

*Advertencia al Tomador/Asegurado:*
*Medios Habilitados de Pago de Premios*
*Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:*
*Resolución 429/2000:*

*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**

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

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**

# Salud

SANCOR SEGUROS

*Continúa de página anterior*

**Ref: 521881 Póliza nro. 2058943**

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

| VIGENCIA | |
|---|---|
| Desde las 0 hs 8/1/2025 | Hasta las 0 hs 8/3/2025 (*) |

**Ref.Certif.: 1**

***(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 08/01/2026 Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-***

Tomador
**BASTIDA PABLO HERNAN**
LOS BRETES 857
3265 Villa Elisa (Entre Ríos)
**Asociado: 4680974** **DNI: 38769295**
Org.: 102326 Prod.: 223106 Zona/Ofic: 301

*Artículo 1º - 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.*
*d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.*
*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.*
*Resolución 406/2024:*
*ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.*

*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 28-01-2025 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*

- **ROSSIER CARINA MARIA (Matr. 70634) (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.
**Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850**

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

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

# Accidentes Personales

| ORGANIZACIÓN | PRODUCTOR | ZONA / OF. |
|---|---|---|
| 102326 | 223106 | 301 |

SANCOR SEGUROS

Cupón para el
**INTERMEDIARIO**

**TOMADOR**
BASTIDA PABLO HERNAN

**DIRECCIÓN**
LOS BRETES 857 (3265-Villa Elisa)

| PÓLIZA | Nº RECIBO | Nº CUOTA |
|---|---|---|
| 12771049 | 576401759 | 2 / 12 |

| RAMO / PRODUCTO | REF / CERTIFICADO |
|---|---|
| 600 / 13 | 5095501 / 0 |

| VIGENCIA | |
|---|---|
| 08/02/2025 | 08/03/2025 |

| VENCIMIENTO | TOTAL |
|---|---|
| 08/02/2025 | $ 40.332,00 |

224-060-013-0576401759-12771049-02-4033200-01-5039-4680974-0

| ORGANIZACIÓN | PRODUCTOR | FECHA EMISIÓN |
|---|---|---|
| 102326 | 223106 | 18/01/2025 |

SANCOR SEGUROS

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO / C.U.I.T. 30-50004946-0 /
CAJA I.C. Y A.C. (ex-Bancaria y de Seguros): 210 / Ing. Brut.:C.M. 921-740719-3
Sellos (Sta Fe): 302-000027-0 / Sellos Ley 23258: 1634-98-000-4 / Caja Prev. N° 50004946

CASA CENTRAL R. N. 34 Km 257 - C P 2322 - SUNCHALES (Sta. Fe) WhatsApp (03493) 155 10404

**CUPÓN DE PAGO**

suma total

| | |
|---|---|
| **TOMADOR:** | BASTIDA PABLO HERNAN |
| **DIRECCIÓN:** | LOS BRETES 857 (3265-Villa Elisa) |

Situación ante el IVA: Responsable inscripto / Asoc: 4680974 / CUIT/CUIL: 23-38769295-9 / Cliente: D0000038769295

**ACCIDENTES PERSONALES**

| RAMO/PRODUCTO | PÓLIZA | REF / CERTIFICADO | N° RECIBO | N° CUOTA | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 600 / 13 | 12771049 | 5095501 / 0 | 576401759 | 2 / 12 | 08/02/2025 | 08/03/2025 |

| N° REC. | CUOTA | FEC. EMI. | RAMO / PROD. | PÓLIZA | REF. / CERTIF. | PRIMA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 576401759 | 2 | 18/01/2025 | 600 / 13 | 12771049 | 5095501 / 0 | 28.636,93 | 39.177,00 |
| 576401760 | 2 | 18/01/2025 | 2500 / 29 | 2058943 | 521881 / 0 | 862,83 | 1.155,00 |

| VENCIMIENTO | TOTAL | $ 40.332,00 |
|---|---|---|
| 08/02/2025 | | |

224-060-013-0576401759-12771049-02-4033200-01-5039-4680974-0

Pagado

El importe de este Aviso se abona mediante débito por C.B.U. - Débito directo en cuenta / Póliza adherida a envío electrónico - Ing.Brutos Percep. corresponde a la provincia de Entre Ríos

**DANIEL CHACÓN**
**Gerente de Finanzas**

No corresponde: - Retención I.V.A. (Entidad inscripta s/artículo nro. 3 R.G. 3125) - Percepción I.V.A. (Entidad encuadrada en el artículo nro. 1 R.G. 3337) - Retención Ganancias (Entidad exenta)

**Código de Pago Electrónico**
LINK 1000000951866 PagoMisCuentas Banelco

| ORGANIZACIÓN | PRODUCTOR | FECHA EMISIÓN |
|---|---|---|
| 102326 | 223106 | 18/01/2025 |