5684D4CA32DB3B4D0B626DAA001317378

SECCION Vida Obligatorio
POLIZA Nº 001317378 ENDOSO Nº 000013

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.04.2025 Hasta las 12 hs. del 30.09.2025

ASEGURADO
SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6°
1008 - RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72363
230 8485/5 COSTA, LUCIA SOLEDAD

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Seguro de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

1106 BUENOS AIRES 15 de MAYO de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
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), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Moneda $	Cotización
Prima	1673,39
Imp. y Sellos	
PREMIO TOTAL	1673,39

Cláusulas y/o Anexos

Riesgo Cubierto: RIESGO DE MUERTE
Capital Asegurado: 1632576 Plazo: Mensual

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora AFIP SVCO 30646091191

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

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 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.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.

FACTURA

5684D4CA32DB3B4D0B626DAA001317378

SECCION Vida Obligatorio
POLIZA Nº 001317378 ENDOSO Nº 000013

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.04.2025 Hasta las 12 hs. del 30.09.2025

ASEGURADO
SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6°
1008 - RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 30-64609119-1

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72363
230 8485/5 COSTA, LUCIA SOLEDAD

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Seguro de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

1106 BUENOS AIRES 15 de MAYO de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
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), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Moneda $	Cotización
Prima	1673,39
Imp. y Sellos	
PREMIO TOTAL	1673,39

Cláusulas y/o Anexos

Riesgo Cubierto: RIESGO DE MUERTE
Capital Asegurado: 1632576 Plazo: Mensual

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora AFIP SVCO 30646091191

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

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 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.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.

VIDA OBLIGATORIO
Suplemento Adicional 01 - Poliza 001317378/00013 Prd. 230-21085 /84855 Asegurado 1

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7997728 SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6° , (1008) RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto 30-64609119-1

Período..: 30 Días
Vigencia.: 01.04.2025 / 01.05.2025
F.Emisión: 15.05.2025

Coberturas del Seguro -
INDEMNIZACION POR MUERTE

Descripción del Riesgo -	Suma Asegurada
RIESGO DE MUERTE	$ 8162880,00

Cláusulas y/o Anexos:

Prima: $ 1673,39 Recargos e Impuestos: 0,00 Premio: 1673,39

Productor..: 8485/5 COSTA,LUCIA SOLEDAD
Localidad..: (1004) PALERMO C F

W 0676

VIDA OBLIGATORIO
Suplemento Adicional 01 - Póliza 001317378/00013 Prd. 230-21085 /84855 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

W 0676

Fecha: 16/05/2025 **Hoja Nº:** 0001

VIDA OBLIGATORIO

ANEXO DE POLIZA N° 001317378/000013

CONTRATANTE : SYSTEMS ASAP SA ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 84855

DOMICILIO : Suipacha NRO: 190 LOCALIDAD : RETIRO C F

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
7	D ALESSANDRO DIEGO MAURO	01.01.0001	01.10.2024	1.632.576,00	DNI 23.248.226
6	SORROCHE HORACIO DANIEL	01.01.0001	01.10.2024	1.632.576,00	DNI 11.154.252
8	SORROCHE IGNACIO	01.01.0001	01.10.2024	1.632.576,00	DNI 31.533.925
10	VAZQUEZ BETIANA ALEJANDRA	01.01.0001	01.10.2024	1.632.576,00	DNI 31.367.336
9	VAZQUEZ NOEMI BEATRIZ	01.01.0001	01.10.2024	1.632.576,00	DNI 22.763.424

Aseg.: 5 Muerte: 8.162.880,00 Incap.: Accid.:

LOS ABAJO NOMINADOS SON BENEFICIARIOS POR ORDEN DE ITEM DE LOS ASEGURADOS PRECEDENTES

NRO.ITEM	APELLIDO Y NOMBRE	NRO.DOC	PARENTESCO	FEC.NAC

W0690