ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

ART R3090 0N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BBVA BANCO FRANCES SOCIEDAD AN, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 02 días de Septiembre de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm



BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 02-09-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502868088
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-37862003-2**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 08:39:25
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$58.835,29
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$22.004,67
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$96.199,89
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$57.095,00
Importe total a pagar	**$234.134,85**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:07:45

Número de transacción:	**23416552372**
Número de VEP:	**001502868088**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6228-021609/7**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $58835,29**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $22004,67**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $96199,89**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $57095**
Importe:	**$234.134,85**

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502890680
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-35398206-1**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 09:05:25
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$22.307,22
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$18.185,68
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$22.864,90
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$30.465,00
Importe total a pagar	**$93.822,80**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:29:55

Número de transacción:	**23416556794**
Número de VEP:	**001502890680**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6228-021609/7**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $22307,22**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $18185,68**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $22864,9**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $30465**
Importe:	**$93.822,80**

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502903005
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-14780125-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 09:16:37
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$107.074,65
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$30.806,54
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$103.728,57
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$77.495,00
Importe total a pagar	**$319.104,76**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:45:41

Número de transacción:	**23416535384**
Número de VEP:	**001502903005**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6229-547904/5**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $107074,65**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $30806,54**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $103728,57**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $77495**
Importe:	**$319.104,76**

Impreso el dia 25-08-2025

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 1 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB - DOCUMENTO: DNI 37862003 - FE NACIMIENTO: 20-08-1993 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 1

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6545347 CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB

Domicilio: H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 1 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 3 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **CARLINO LUIS ADOLFO - DOCUMENTO: DNI 13564048 - FE NACIMIENTO: 13-10-1959 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 3 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6784925 CARLINO LUIS ADOLFO
Domicilio: H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 3 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 4 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **GARRIDO JUAN CARLOS - DOCUMENTO: DNI 147801255 - FE NACIMIENTO: 24-10-1961 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6876075 GARRIDO JUAN CARLOS

Domicilio: **H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES**

Vigencia desde **01-08-2025** Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta **26-09-2025** Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 4 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 8 **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

ASEGURADO: **FERNANDO OSSES - DOCUMENTO: DNI 35398206 - FE NACIMIENTO: 13-07-1990 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 8

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 10725768 FERNANDO OSSES

Domicilio: **H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES**

Vigencia desde **01-08-2025** Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta **26-09-2025** Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 8 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 12 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL - DOCUMENTO: DNI 44764878 - FE NACIMIENTO: 07-01-2003 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 12

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 13178352 SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 12 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 13 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **GARCIA GERMAN GASTON - DOCUMENTO: DNI 44831554 - FE NACIMIENTO: 05-02-2003 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 13 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 13838897 GARCIA GERMAN GASTON

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 13 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 14 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **INSABRALDIS DAVID MOISES - DOCUMENTO: DNI 32252947 - FE NACIMIENTO: 11-11-1985 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 14 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 15014408 INSABRALDIS DAVID MOISES

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 14 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 15 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **SCHREIBER BENJAMIN - DOCUMENTO: DNI 41194742 - FE NACIMIENTO: 31-07-1998 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 15

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 15374852 SCHREIBER BENJAMIN

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 15 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 8945867

Plan de pago consolidado:

Período facturado 26-09-2024 al 26-09-2025

*** Póliza: 12-8945867-0 Riesgo: A.P. AUTONOMOS 24 HS. (último endoso facturado: 5)**

ASEGURADO: 3117134 CARLINO LUIS ADOLFO

CUIT/CUIL: 20135640485 DNI: 13564048 Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
Localidad: BAHIA BLANCA Pcia: BUENOS AIRES CP: B8000LPM

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
1/12 Vencimiento 26/09/2024.	PESOS	**74,023.00**	**0.00**
2/12 Vencimiento 26/10/2024.	PESOS	**89,638.00**	**0.00**
3/12 Vencimiento 26/11/2024.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
4/12 Vencimiento 26/12/2024.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
5/12 Vencimiento 26/01/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
6/12 Vencimiento 26/02/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
7/12 Vencimiento 26/03/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
8/12 Vencimiento 26/04/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
9/12 Vencimiento 26/05/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
10/12 Vencimiento 26/06/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
11/12 Vencimiento 26/07/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
12/12 Vencimiento 26/08/2025.	PESOS	**342,784.37**	**342,784.37**

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa y Plus Pagos

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 04-08-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Productor: 6144 IAQUINANDI JOSE FRANCISCO Matrícula SSN: 52088 AG: 10

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL B8000LPM
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	26-08-2025	$ 142,704.03

TOTAL: $ 142,704.03

A debitar de tarjeta AMERICAN EXPR cta. nro.: 3778*******9693

PERÍODO FACTURADO

01-08-2025	26-09-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 116,874.72			
I.V.A. $ 24,543.69	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 584.37	
PREMIO DEL ENDOSO $ 142,704.03			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 01 de Agosto de 2025

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.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 FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. AUTONOMOS 24 HS.	PÓLIZA	8945867

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	A	A1	III	1	2	4
20							

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 28,900,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 28,900,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general
USO DE MOTOCICLETAS IN ITINERE APLICA

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Cantidad de asegurados vigentes: 8
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

CLÁUSULA DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN

CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud. Se instituye beneficiario en primer término a las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados;
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación al/los beneficiario/s para que en el término de tres días invoque/n su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

CLÁUSULA DE NO ANULACIÓN Y/O MODIFICACIÓN

Esta Aseguradora se obliga a comunicar, en forma fehaciente, los incumplimientos a la póliza en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término dentro de los diez (10) días de verificado.
Las pólizas no serán modificadas ni anuladas sin previa comunicación fehaciente a las personas o empresas mencionadas más abajo con una antelación mínima de diez (10) días de producido el incumplimiento.

LAS CLÁUSULAS DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN SERAN DE APLICACIÓN PARA LAS SIGUIENTES

PERSONAS Y/O EMPRESAS DESIGNADAS:

Empresa: BANCO MACRO SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30500010084
Empresa: AGUAS BONAERENSES S.A. - cuit: 30707919902
Empresa: TERMINAL BAHIA BLANCA SA - cuit: 30660168105
Empresa: INTERPACK S A - cuit: 30548089405
Empresa: PBBPOLISUR SOCIEDAD DE RESPONS - cuit: 30560254195
Empresa: GRUPO SUR DESARROLLOS SA - cuit: 30715999109
Empresa: GRUPO PORTESUR BAHIA BLANCA S. - cuit: 30717001512
Empresa: FIDEICOMISO PUNTA ESTE PREMIUM - cuit: 30716690403
Empresa: FIDEICOMISO JUAN MOLINA 238 - cuit: 30716202174

CUIP:
0726201002000000000000000000089458670000000000515201356404850-10000052088200000012100100 10

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL B8000LPM
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37862003	CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB	20-08-1993	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 13564048	CARLINO LUIS ADOLFO	13-10-1959	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
8	DNI 35398206	FERNANDO OSSES	13-07-1990	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
13	DNI 44831554	GARCIA GERMAN GASTON	05-02-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 147801255	GARRIDO JUAN CARLOS	24-10-1961	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
14	DNI 32252947	INSABRALDIS DAVID MOISES	11-11-1985	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
15	DNI 41194742	SCHREIBER BENJAMIN	31-07-1998	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
12	DNI 44764878	SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL	07-01-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37862003	CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB	20-08-1993	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 13564048	CARLINO LUIS ADOLFO	13-10-1959	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
8	DNI 35398206	FERNANDO OSSES	13-07-1990	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
13	DNI 44831554	GARCIA GERMAN GASTON	05-02-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 147801255	GARRIDO JUAN CARLOS	24-10-1961	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
14	DNI 32252947	INSABRALDIS DAVID MOISES	11-11-1985	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
15	DNI 41194742	SCHREIBER BENJAMIN	31-07-1998	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
12	DNI 44764878	SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL	07-01-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
CARLINO LUIS ADOLFO	PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749	01-08-2025
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20135640485 / 13564048	BAHIA BLANCA	5
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
CONSUMIDOR FINAL	BUENOS AIRES	01-08-2025
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
3117134	B8000LPM	26-09-2025
	Ag. / Prod / Org	
	10 6144 - IAQUINANDI JOSE FRANCISCO 63253 - HBO BROKER SOCIEDAD ANONIMA	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	26-08-2025	$ 142,704.03
TOTALES:		**$ 142,704.03**
A debitar de tarjeta cta. nro.: 3778*****9693**		**AMERICAN EXPRESS**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	116,874.72
SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS)	$	116,874.72
IVA	$	24,543.69
SUB-TOTAL	$	141,418.41
TASA SUPERINTENDENCIA	$	701.25
CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES	$	584.37
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	142,704.03

Las compañías de seguros se encuentran exceptuadas de la obligación de emitir comprobantes,dispuesta por la Resolución General N 1415/03 de la AFIP, conforme lo establecido en el Inciso d) de su Anexo I.

El cómputo del crédito fiscal dependerá, entre otras cuestiones que establezca la normativa vigente,de la condición de IVA del sujeto receptor del presente comprobante.

Régimen de Transparencia Fiscal al Consumidor (Ley 27.743)
IVA contenido: 24543.69
Otros impuestos nacionales indirectos: 0

SELF

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Asociart ART

N° Póliza Digital:	**4850384**
RAZÓN SOCIAL:	**CARLINO LUIS**
CUIT N°:	**20-13564048-5**
DOMICILIO:	**H YRIGOYEN 863 C.P. 8000 BAHIA BLANCA, BUENOS AIRES**

Conste por la presente que ASOCIART S.A. ART, renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra: ----------

BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193

sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el Art. 39, op. 5 de la Ley N° 24.557 sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex depediente de: **CARLINO LUIS**

amparado por la cobertura del contrato de Afiliación N°: **4850384** por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.
Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, normas complementarias y decretos reglamentarios.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CLÁUSULA: desde **04/08/2025** hasta **31/08/2025**

N° de Certificado: **13822341**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN CON NÓMINA

Asociart ART

Conste por el presente que:

RAZÓN SOCIAL: **CARLINO LUIS**

CUIT: **20-13564048-5**

Ha celebrado la póliza digital N° **4850384** con ASOCIART S.A. ART en los términos de la ley de Riesgos del Trabajo N° 24557 y sus decretos reglamentarios, desde el **13/08/2019.**

Vigencia: Desde: **1/9/2024** Hasta: **31/8/2025**

Certificamos que los trabajadores que se detallan a continuación se encuentra cubiertos a la fecha por ASOCIART S.A. ART y son personal de **CARLINO LUIS**

CUIL	APELLIDO/S y NOMBRE/S
20-23289747-4	ACHILLI FERNANDO WALTER
20-44882891-4	ALVARES ALEJO VALENTIN
20-32978024-5	IRIARTE JOSE FRANCISCO
20-35017193-3	QUINTERO JORGE LUIS
27-37551987-4	RINCON BRENDA

A solicitud del interesado se extiende el presente certificado para ser presentado ante BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193. La presente nómina está sujeta a presentación de DDJJ.

N° Certificado: **13822342**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN CON NÓMINA

Asociart ART

Conste por el presente que:

RAZÓN SOCIAL: **CARLINO LUIS**

CUIT: **20-13564048-5**

Ha celebrado la póliza digital N° **4850384** con ASOCIART S.A. ART en los términos de la ley de Riesgos del Trabajo N° 24557 y sus decretos reglamentarios, desde el **13/08/2019.**

Vigencia: Desde: **1/9/2024** Hasta: **31/8/2025**

Certificamos que los trabajadores que se detallan a continuación se encuentra cubiertos a la fecha por ASOCIART S.A. ART y son personal de **CARLINO LUIS**

CUIL	APELLIDO/S y NOMBRE/S
20-23289747-4	ACHILLI FERNANDO WALTER
20-44882891-4	ALVARES ALEJO VALENTIN
20-32978024-5	IRIARTE JOSE FRANCISCO
20-35017193-3	QUINTERO JORGE LUIS
27-37551987-4	RINCON BRENDA

A solicitud del interesado se extiende el presente certificado para ser presentado ante BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193. La presente nómina está sujeta a presentación de DDJJ.

N° Certificado: **13822319**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-37862003-2
CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB
HIPOLITO YRIGOYEN 749 Piso:1
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

F

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-01-2016

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **02-09-2025 a 02-10-2025** Hora **09:53:35** Verificador **209399965309**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

Presentación de DJ por Internet
Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-13564048-5**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	22127
Cantidad de registros:	131

Fecha de Presentación:	2025-08-07 Hora: 12:15:46
Nro. de Transacción:	1111217306
Código de Control:	6#Vg6z
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20135640485.fecha.20250807.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)
[e8170a0e69486a020498cdffe1b7978a]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312013564048500030107256

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

Presentación de DJ por Internet
Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-13564048-5**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	22127
Cantidad de registros:	131

Fecha de Presentación:	2025-08-07 Hora: 12:15:46
Nro. de Transacción:	1111217306
Código de Control:	6#Vg6z
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20135640485.fecha.20250807.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)
[e8170a0e69486a020498cdffe1b7978a]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312013564048500030107256

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

ARCA VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	1500026846
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ07/25
CUIT:	**20-13564048-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-07
Generado desde la presentación de DJ nro:	1111217306
Fecha Generación:	2025-08-07 Hora: 12:16:11
Día de Expiración:	2025-09-06

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$848.546,60
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$659.780,72
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$237.166,36
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$119.520,13
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$232.547,78
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$1.673,40
Importe total a pagar	**$2.099.234,99**

Para efectuar el pago ingrese a:
https://web.pagomiscuentas.com/login

ARCA VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	1500026846
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ07/25
CUIT:	**20-13564048-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-07
Generado desde la presentación de DJ nro:	1111217306
Fecha Generación:	2025-08-07 Hora: 12:16:11
Día de Expiración:	2025-09-06

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$848.546,60
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$659.780,72
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$237.166,36
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$119.520,13
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$232.547,78
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$1.673,40
Importe total a pagar	**$2.099.234,99**

Para efectuar el pago ingrese a:
https://web.pagomiscuentas.com/login

Usuario: LUIS ADOLFO CARLINO
CUIT: **20-13564048-5**
Contribuyente: LUIS ADOLFO CARLINO
ART Contratada: 00396 - ASOCIART
Seguro Colectivo: S192 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES

Cerrar Sesión — Ayuda en línea

jueves, 07 de agosto de 2025

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	20-13564048-5
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	5
Suma de Rem. 1:	4.562.063,94
Suma de Rem. 2:	4.562.063,94
Suma de Rem. 3:	4.562.063,94
Suma de Rem. 4:	4.687.063,94
Suma de Rem. 5:	4.562.063,94
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	4.687.063,94
Suma de Rem. 9:	4.687.063,94
Suma de Rem. 10:	4.527.045,54

Apellido y Nombre o Razón Social:

LUIS ADOLFO CARLINO

Nro. Verificador: 022127

Domicilio Fiscal: HIPOLITO IRIGOYEN 749 BAHIA BLANCA V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	659.780,72
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**659.780,72**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	857.051,78
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	855.251,78
	Retenciones	6.705,18
	Contribuciones S.S. a pagar	**848.546,60**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	119.520,13
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**119.520,13**
b1 -	Total de contribuciones	239.040,26
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	239.040,26
	Retenciones	1.873,90
	Contribuciones O.S. a pagar	**237.166,36**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	8.579,08
Total retenciones	8.579,08
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	6.705,18
Retenciones aplicadas a Obra Social	1.873,90
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	5	7.100,00
Remun. con ART	4.687.063,94	225.447,78
L.R.T. total a pagar		**232.547,78**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	5 - 1.673,40
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**1.673,40**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde — Porcentaje: 0,00 — Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 35.018,40

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**848.546,60**	302 - Aportes de Obra Social	**119.520,13**
301 - Aportes de Seguridad Social	**659.780,72**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**232.547,78**
352 - Contribuciones de Obra Social	**237.166,36**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**1.673,40**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

Galicia

Office Banking

Identificador de la operación: LQ8CE1W405

Datos del pago

Tipo de operación
Pago de servicios

Identificación
20135640485135640 48

Estado
Realizado

Fecha y hora de pago
12/08/2025 14:01:32 h

Monto
$ 2.099.234,99

Servicio
ARCA VEP

Nro. de VEP
001500026846

SIJPDJ ICS
0351-019-019

Período
2025/07

Nº de transacción
9596

Anticipo/Cuota
000

Datos del pagador

CUIT
20-13564048-5

Medio de pago
CC $ N° 000072307293

Datos particulares

Nro. de factura
00150002684625070 00

Nro. de control
7942

Información adicional
00150002684635101901919 31 SIJPDJ

COMPROBANTE VALIDO DE PAGO. CONSERVELO

Salvo error u omision (S.E.U.O.)

PagoMisCuentas

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

Información de Póliza

TOMADOR **CARLINO LUIS ADOLFO**	RAMO **Vida Colectivo**	LUGAR Y FECHA EMISIÓN **Bahía Blanca, 09/02/2025**	N° SOCIO **04-08009864**
DIRECCIÓN **YRIGOYEN 861**	SUBRAMO **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74**	VIGENCIA DESDE **00HS DEL 01/03/2025**	C.U.I.T. **20-13564048-5**
LOCALIDAD - PROVINCIA **8000 - BAHIA BLANCA BUENOS AIRES**	N° PÓLIZA / N° FACTURA **01-04-17-75014899** ENDOSO **0**	VIGENCIA HASTA **00Hs. del 01/03/2026**	COND. IVA **Inscripto**
	CONCEPTO **Renovación (Póliza 01-04-17-75010350)**		CLAVE LINK/BANELCO **0408009864**

Condiciones Particulares

Esta aseguradora se encuentra inscripta con el N° 181, en el Registro Especial del Seguro de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Estándar

Tasa de prima mensual por mil	0,205

DA18EC6D9DBE4C4399AAF33E

Costos del Seguro

PRIMA	REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	I.V.A. R.G. 3337
$0,00	$0,00	0,000 %	$0,00	$0,00	$0,00

PERC. IB. TOTAL*	IMPUESTOS / TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC. TSeH LA PLATA	DERECHO DE EMISIÓN
$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0

Premio **$0,00**

Cuotas / Medio de pago

MEDIO DE PAGO	ENTIDAD DE COBRO	FRECUENCIA DE FACTURACION
AFIP	**AFIP**	**Mensual**

Recordá que ante cualquier duda podes consultar a tu Productor, como así también que toda la documentación que conforma el contrato, se encuentra a disposición en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) y en la APP de San Cristóbal Seguros (Disponible para Android y IOS).

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por Res. 35.333. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

PRODUCTOR
04-005219 - LUCIANO ADRIAN DEL GOBBO

MATRÍCULA
52889

ORGANIZADOR
04-005220 - LUCIANO ADRIAN DEL GOBBO

Diego Guaita
Gerente General

Verifique aquí los principales datos de su póliza

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CARLINO LUIS ADOLFO	04-08009864	Vida Colectivo	01-04-17-75014899	0

Detalle de Coberturas

Tendrá cobertura todo y solamente el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el "Listado de Relaciones Laborales Activas" del sistema "Mi Simplificación"

Coberturas	Suma Asegurada Individual
Muerte por enfermedad o accidente - VC	$1.632.576

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**

En caso de que ocurriera el fallecimiento de algunos de los asegurados, San Cristóbal S.M.S.G., una vez recibidas y aceptadas las pruebas respectivas, abonará el capital que corresponda según las Condiciones de esta póliza. El contratante deberá satisfacer la prima inicial en la fecha de vigencia estipulada, permaneciendo esta póliza en vigor mientras se continúen abonando las primas sucesivas. Resolución de la Unidad de Información Financiera: Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

46 - 90

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CARLINO LUIS ADOLFO	**04-08009864**	**Vida Colectivo**	**01-04-17-75014899**	**0**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:

- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-14780125-5
GARRIDO JUAN CARLOS
REMEDIOS DE ESCALADA 920
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

G

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-08-2009

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025** Hora **12:34:34** Verificador **208169174534**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-35398206-1
OSSES FERNANDO DAVID
MISIONEROS 1815
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

D

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-01-2020

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(INSCRIPCIÓN DE OFICIO)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025** Hora **12:36:36** Verificador **210375355539**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-44764878-5
SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL
MARTIN MALHARRO 3228
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

C

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-04-2024

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-04-2024

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025**

Hora **12:37:33** Verificador **202469022359**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

BANCO DE LA NACION ARGENTINA - SUC. PLAZA DE MAYO - UNION OBRERA METALURGICA DE LA R.A.
Cuota Sindical

CUIT	EMPRESA	NUMERO	SECCIONAL
20-13564048-5	CARLINO LUIS ADOLFO	1202	4

CANT.PERS.	TOTAL REMUNERACIONES	CUOTA SINDICAL	PERIODO LIQUIDADO
4	$3,786,674.93	2.5 %	2025/07

Vencimiento 12/08/2025
Fecha 19/08/2025
Importe $94,666.87
Intereses $607.45

☐ EFECTIVO

62814/97

☐ CHEQUE
GIRO N° _____

C/ BANCO _____

TOTAL DEPOSITADO
$95,274.32

Noventa y Cinco Mil
Doscientos Setenta y Cuatro
con 32/100

22013564048500401202072025003786674930000040000952743 2

ID: 1496437 CBU: 0110599520000062814979 30-71781058-5 BANCO

BANCO DE LA NACION ARGENTINA - SUC. PLAZA DE MAYO - UNION OBRERA METALURGICA DE LA R.A.
Cuota Sindical

CUIT	EMPRESA	NUMERO	SECCIONAL
20-13564048-5	CARLINO LUIS ADOLFO	1202	4

CANT.PERS.	TOTAL REMUNERACIONES	CUOTA SINDICAL	PERIODO LIQUIDADO
4	$3,786,674.93	2.5 %	2025/07

Vencimiento 12/08/2025
Fecha 19/08/2025
Importe $94,666.87
Intereses $607.45

☐ EFECTIVO

62814/97

☐ CHEQUE
GIRO N° _____

C/ BANCO _____

TOTAL DEPOSITADO
$95,274.32

Noventa y Cinco Mil
Doscientos Setenta y Cuatro
con 32/100

22013564048500401202072025003786674930000040000952743 2

ID: 1496437 CBU: 0110599520000062814979 30-71781058-5 COPIA

Galicia

Transferencia enviada

$95.274[32]

14/08/2025 · 19:13 h

cuota sindic

De:

LUIS ADOLFO CARLINO

CUIT 20-13564048-5

CC $ N° 723-0 729-3

Cuenta en **Banco De Galicia S.A.U**

Para:

Fideicomiso Union Obrera Metalurgica De

CUIT 30-71781058-5

CBU 0110599520000062814979

Cuenta en **BCO. NACION ARGENTINA**

Concepto

Facturas

N° de operación

38455597480

INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura
Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

VIDA COLECTIVO

FECHA DE EMISIÓN:	02/09/2025

TOMADOR:	GRUPO FUSION S R L , .		
CUIT:	30717928551		
PÓLIZA N°:	000000017989		
DOMICILIO:	AV CONSTITUYENTES , ----- , 597 , -----		
PROVINCIA:	Chubut	**CÓD. POSTAL:**	9000
FECHA INICIO DE VIGENCIA:	01/09/2025		
FECHA FIN DE VIGENCIA:	30/09/2025		
PRODUCTOR:	DIE, MARIA CELESTE		

NÓMINA DE ASEGURADOS

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL/DNI
VERGARA, DANIEL ENRIQUE	20167566236
CORONEL , CLAUDIO GUSTAVO	20243459851
VARGAS , JOSE LUCIANO	20403836371
MARQUEZ , SANTIAGO	20464650289
ROYO, ANDREA FABIANA	27207843380

NÓMINA DE ASEGURADOS (Continuación)

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL/DNI

Conste por la presente constancia de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto, amparado lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto N° 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Riesgos Cubiertos :

Fallecimiento por enfermedad o accidente	**Hasta**	$ 1.632.576,00



David Rey Goitia (Apoderado)

La presente constancia se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el s.u.s.s. (sistema único de la seguridad social) o no posee alta temprana, de la misma fecha.
El tomador no abona la prima perteneciente al periodo que corresponda dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho periodo facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia. O Si posee deuda de períodos anteriores. La presente constancia carece de validez si no se encuentra con los pagos al día y el personal en nómina no se ha informado correctamente en el SUSS.

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 (C1063ACD)
Ciudad de Bs. As., Argentina.
30-70496198-3

Vida Obligatorio FACTURA POLIZA

INTĒGRITY SEGUROS

C.U.I.T. N° 30-70496198-3
Imp. Internos a los Seguros
I.V.A. Responsable Inscripto
Ing. Brutos: CONV. MULT. N° 901-039695-9

296993670197550
Póliza impresa en fecha: 2/09/2025

Intégrity Seguros Argentina S.A. en adelante ("El Asegurador") bajo las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza, las que han sido convenidas de buena fe y de conformidad con la solicitud de seguros presentada por:

Tomador:	GRUPO FUSION S R L .
Domicilio:	AV CONSTITUYENTES - N° 597 - Piso - Dto
C.P.:	9000 **Localidad:** COMODORO RIVADAVIA
Provincia:	Chubut
Cond. de IVA:	IVA Responsable Inscripto
CUIT:	30717928551

Producto:	Vida Obligatorio Decreto 1567/
Cobertura:	Vida Obligatorio Decreto 1567/74
Cant. Asegurados:	5

Asegurado N°:	P0002675090
Sección:	19 Vida Obligatorio
Póliza:	000000017989
Endoso:	00000
Operación:	NUEVA
Fecha de Emisión:	01/09/2025
Vigencia Desde:	01/09/2025
Vigencia Hasta:	30/09/2025
Fin de Contrato:	31/08/2026
Moneda:	PESOS
Casillero N°:	1026 - 01

Objeto del Seguro	Suma Asegurada Individual
Fallecimiento por enfermedad o accidente	1.632.576

Forman parte de esta póliza los Anexos, Condiciones Generales y Particulares y las Cláusulas siguientes, quedando nulas las no mencionadas.

Anexos:

Cláusulas: CP,,1

PLAN DE PAGO: **FORMA DE PAGO:** P&C TRF BCO NACION - SCVO

Vencimiento	Importe	Vencimiento	Importe
30/09/2025	1.685,39		

PAGO QR

PRIMA	1.673,39
Rec. Financiero	,00
Derechos de emisión	12,00
I.V.A.	,00
Base Imp. IVA	1.685,39
SUB-TOTAL	1.685,39
Perc. IIBB (Chubut)	,00
Otros impuestos	,00
PREMIO	1.685,39
TOTAL A PAGAR	1.685,39

Productor / Organizador

Mat.(78828) 3098228 DIE, MARIA CELESTE

Mat.(78828) 3098228 DIE, MARIA CELESTE

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Resolucion/Proveido: 35890

En consideración a las declaraciones suscriptas por el Contratante, a las constancias de las solicitudes de los asegurados y el pago de las primas que se estipulan, Intégrity Seguros Argentina S.A. (en adelante el Asegurador), con domicilio en Av. Paseo Colón 357, Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, se OBLIGA A PAGAR en su oficina central en la ciudad de Buenos Aires, inmediatamente después de recibidas las pruebas de Fallecimiento de cualquier asegurado, la suma correspondiente al seguro respectivo, de conformidad con los términos de la póliza.

CUIC *41AF38617EEF39E738D33C46017989/0*

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 - C1063ACD-Capital Federal
Tel: (54-11) 4346-0400 / 4104-0000 - www.integrityseguros.com.ar

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 0810-333-3455. LOS DATOS DE LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN LA PÁGINA WEB WWW.INTEGRITYSEGUROS.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.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

CP - CONDICIONES PARTICULARES

ANEXO I
REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO Nº 1567/74

ARTICULO 1 - OBJETO

EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PREVISTO EN EL DECRETO Nº 1567/74 CUBRE EL RIESGO DE MUERTE E INCLUYE EL SUICIDIO COMO HECHO INDEMNIZABLE, SIN LIMITACIONES DE NINGUNA ESPECIE, DE TODO TRABAJADOR EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, CUYOS EMPLEADORES SE ENCUENTREN O NO OBLIGADOS CON EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA COBERTURA:
A)□LOS TRABAJADORES RURALES PERMANENTES AMPARADOS POR LA LEY Nº 16.600.
B)□LOS TRABAJADORES CONTRATADOS POR UN TÉRMINO MENOR A UN MES.

ARTÍCULO 3 - PRESTACION

LA PRESTACIÓN ESTABLECIDA POR EL DECRETO Nº 1567/74 ES INDEPENDIENTE DE TODO OTRO BENEFICIO SOCIAL, SEGURO O INDEMNIZACIÓN DE CUALQUIER ESPECIE QUE SE FIJE O HAYA SIDO FIJADA POR LEY, CONVENCIÓN COLECTIVA DE TRABAJO O DISPOSICIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL O DEL TRABAJO.
LOS TRABAJADORES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA QUE PRESTEN SERVICIOS PARA MÁS DE UN EMPLEADOR, SÓLO TENDRÁN DERECHO A LA PRESTACIÓN DEL SEGURO, UNA SOLA VEZ. LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO QUEDA A CARGO Y ES OBLIGACIÓN DEL EMPLEADOR ANTE EL QUE EL TRABAJADOR CUMPLA LA MAYOR JORNADA MENSUAL LABORAL Y, EN CASO DE IGUALDAD, QUEDARÁ A OPCIÓN DEL TRABAJADOR.

ARTÍCULO 4 - CONTRATACION DEL SEGURO

LAS PÓLIZAS DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74, AUTORIZADAS A LAS ENTIDADES, SERÁN TOMADAS POR LOS EMPLEADORES EN CUALQUIER ENTIDAD ASEGURADORA, QUE SE ENCUENTRE INSCRIPTA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE CARÁCTER PÚBLICO QUE LLEVA LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

ARTICULO 5 - PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS

EL COSTO DEL SEGURO ESTARÁ A CARGO DEL EMPLEADOR.
LA SUMA ASEGURADA, LAS PRIMAS Y LOS CONCEPTOS QUE DE ELLOS SE DERIVAN, DEBEN EXPRESARSE EN MONEDA DE CURSO LEGAL.
-□PRIMA: LA PRIMA SE FIJA EN PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) MENSUALES POR CADA PESOS MIL ($ 1.000).
-□SUMA ASEGURADA: LA SUMA ASEGURADA SERÁ EQUIVALENTE A 5,5 SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARÁ ANUALMENTE CONFORME AL ÚLTIMO SMVM PUBLICADO AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1° DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE. LA SSN COMUNICARÁ ANUALMENTE CON LA SUFICIENTE ANTELACIÓN LA MISMA, TANTO A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AUTORIZADAS PARA SU CORRECTA EMISIÓN Y ENDOSOS DE PÓLIZAS QUE CORRESPONDAN, COMO ASÍ TAMBIÉN A LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR MENSUAL DE LA PRIMA INDIVIDUAL EN EL SISTEMA DE DECLARACIÓN JURADA (F.931) QUE UTILIZAN LOS EMPLEADORES PARA EL PAGO CORRESPONDIENTE DE PRIMAS.

ARTICULO 6 - AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA

PARA OPERAR EN LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74, LAS ENTIDADES DEBERÁN ESTAR EXPRESAMENTE AUTORIZADAS A OPERAR EN LA RAMA VIDA, Y SOLICITAR SU INSCRIPCIÓN EN EL "REGISTRO ESPECIAL DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74" QUE LLEVA LA SSN. EN LOS CASOS DE TRANSFERENCIA DE LA RAMA VIDA O CESIÓN DE LA CARTERA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74, LAS ENTIDADES CESIONARIAS DEBERÁN CONTAR CON LA PERTINENTE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO. A LOS FINES DE LA INSCRIPCIÓN, LAS ENTIDADES ACOMPAÑARÁN COPIA AUTÉNTICA DEL ACTA DEL ÓRGANO DIRECTIVO QUE REFLEJE LA DECISIÓN DE OPERAR EN LA COBERTURA E INFORMARÁ LA FECHA Y EL NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE SSN QUE LA AUTORIZA A OPERAR EN LA RAMA VIDA.

ARTICULO 7 - SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
-□SOLICITUD DEL SEGURO: LAS SOLICITUDES DE SEGURO QUE FORMULEN LOS TOMADORES SERÁN ACOMPAÑADAS DE MANERA INDEFECTIBLE CON:
A)□COPIA DE LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONAL EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) O EN SU REEMPLAZO EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN", AMBOS A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP).
B)□CONSTANCIA DE BAJA DE LA COBERTURA CORRESPONDIENTE AL PERÍODO ANTERIOR, EMITIDA POR LA ASEGURADORA DESDE EL SISTEMA KAUSAY EN CASO DE CORRESPONDER, A FIN DE EVITAR QUE UN MISMO EMPLEADOR POSEA MÁS DE UNA PÓLIZA VIGENTE PARA UN MISMO PERÍODO.
A PARTIR DEL MOMENTO DE INICIO DE LA COBERTURA QUEDA INCLUIDO EN LA MISMA TODO EL PERSONAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DECLARADO AL SUSS O EL QUE FIGURE EN EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN".
CUANDO EL TOMADOR EMPLEADOR - CONTRATANTE NO ESTUVIERE INCLUIDO EN EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL SERÁ SU OBLIGACIÓN COMUNICAR A LA ASEGURADORA AL MOMENTO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE SEGURO, EL NÚMERO DE CUIL (CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN LABORAL) DEL PERSONAL ASEGURADO Y EN CASO DE MENORES, EL NÚMERO DE LA CUENTA DE LA CAJA DE AHORRO

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

ESPECIAL, Y MANTENER ESTA NÓMINA ACTUALIZADA CON LAS ALTAS Y BAJAS PRODUCIDAS.
- EMISIÓN Y ENTREGA DE PÓLIZA - FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: LAS ASEGURADORAS EMITIRÁN LAS PÓLIZAS EN DONDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA SEA COINCIDENTE CON EL PRIMER DÍA DEL MES CALENDARIO. ESTO TAMBIÉN ES APLICABLE A LAS RENOVACIONES.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DEBERÁN ENTREGAR LA PÓLIZA AL TOMADOR POR UN MEDIO QUE PERMITA COMPROBAR SU RECEPCIÓN DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS DE CELEBRADO EL CONTRATO.
DICHA PÓLIZA DEBERÁ EMITIRSE ANUALMENTE. CONSIGNARÁ EN SU FRENTE SUPERIOR EL TEXTO "SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74" Y CONTENDRÁ EL NÚMERO DE REGISTRO Y SU FECHA DE EMISIÓN, EL NOMBRE, DOMICILIO Y DEMÁS DATOS PERSONALES DEL TOMADOR, CAPITAL ASEGURADO, PRIMA VIGENTE AL INICIO DE LA COBERTURA, PLAZO Y CONDICIONES DE PAGO Y RIESGO CUBIERTO, COMO ASÍ TAMBIÉN, LA CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC).
NO OBSTANTE LO INDICADO PRECEDENTEMENTE, LOS DATOS DE LAS PÓLIZAS EMITIDAS DEBERÁN EXHIBIRSE A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA A FIN DE QUE LOS EMPLEADORES-TOMADORES ACCEDAN DE MANERA ÁGIL Y RÁPIDA A LOS MISMOS.
A LOS EFECTOS DE FACILITAR LA INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS, EL TOMADOR DE LA PÓLIZA DEBERÁ EXHIBIR UN AFICHE DONDE SE INDIQUE:
A) ASEGURADORA DONDE SE ENCUENTRA VIGENTE LA COBERTURA, DOMICILIO, TELÉFONOS, Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA.
B) COMO MÍNIMO, INCLUIRÁ LA INFORMACIÓN QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO I) DEL PRESENTE.
C) AL PIE SE INDICARÁ QUE CUALQUIER CONSULTA O DENUNCIA RELATIVA A ESTA COBERTURA DEBE DIRIGIRSE A LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, CON SU DIRECCIÓN, TELÉFONOS Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA.
EL ARTE DEL AFICHE DEBERÁ CONTEMPLAR LA UNIFORMIDAD DE MEDIDAS TIPOGRÁFICAS Y TENER COMO MÍNIMO UN (1) TAMAÑO DE SESENTA CENTIMETROS (60 CM) DE ALTO POR CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS (45 CM) DE ANCHO.
ESTE AFICHE DEBERÁ SER PROVISTO POR LA ASEGURADORA CONJUNTAMENTE CON LA ENTREGA DE LA PÓLIZA. LAS ASEGURADORAS SE ENCUENTRAN OBLIGADAS A ENTREGAR LOS MISMOS DE MANERA GRATUITA A TODOS LOS TOMADORES DEL SEGURO Y A REPONER LOS AFICHES PARA GARANTIZAR LA EXHIBICIÓN EN TODO MOMENTO DE AL MENOS 1 (UNO) AFICHE POR CADA ESTABLECIMIENTO.
LA EXHIBICIÓN DEL AFICHE ES OBLIGATORIA POR PARTE DE LOS EMPLEADORES - TOMADORES DEL SEGURO, QUIENES EXPONDRÁN AL MENOS 1 (UNO) POR ESTABLECIMIENTO, EN LUGARES DESTACADOS QUE PERMITAN LA FÁCIL VISUALIZACIÓN POR PARTE DE TODOS LOS TRABAJADORES. ASIMISMO LOS EMPLEADORES VERIFICARÁN LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LOS AFICHES, SOLICITANDO LA REPOSICIÓN A SU ASEGURADORA EN CASO DE DETERIORO, PÉRDIDA O SUSTRACCIÓN.
ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR - TOMADOR DEL SEGURO, CUMPLIMENTAR TODOS LOS RECAUDOS EXIGIDOS EN LA NORMATIVA.

ARTÍCULO 8 - DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

TODO EL PERSONAL ASEGURADO TIENE EL DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIOS.
LA ASEGURADORA DEBERÁ EXIGIR AL TOMADOR QUE EFECTÚE LA COMUNICACIÓN A LOS ASEGURADOS EN ORDEN AL DERECHO DE DESIGNAR BENEFICIARIOS, PARA LO CUAL, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE CONTRATADA LA COBERTURA O DE DENUNCIADA LA INCORPORACIÓN DEL NUEVO EMPLEADO, SEGÚN CORRESPONDA, LA ASEGURADORA DEBERÁ PROVEER AL TOMADOR DEL SEGURO, POR CADA ASEGURADO, EL "FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS" QUE COMO ANEXO II) FORMA PARTE DEL PRESENTE.
EN EL "FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS" QUE LE PROPORCIONARÁ EL EMPLEADOR; EL ASEGURADO CONSIGNARÁ, EL LUGAR Y LA FECHA E INSTITUIRÁ A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SEGURO, DETERMINANDO EN SU CASO, LA CUOTA PARTE QUE LE ASIGNA A CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, ADEMÁS DEL DOMICILIO, TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL ASEGURADO.
EN CASO DE NO EFECTUARSE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S O SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, SE ESTARÁ A LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241.
A EFECTOS DE ACREDITARSE TALES EXTREMOS SE TOMARÁ EN CONSIDERACIÓN LA DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) O SIMILAR EMITIDO POR LA CAJA PROVISIONAL RESPECTO DE LA CUAL RESULTARE APORTANTE EL FALLECIDO.
EL COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO Y DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEBE SER DEBIDAMENTE COMPLETADO POR EL TOMADOR Y EL ASEGURADO.
EL ORIGINAL Y DUPLICADO QUEDARÁ EN PODER DEL TOMADOR QUIEN PRESENTARÁ EL ORIGINAL A LA ASEGURADORA CUANDO RECLAME EL PAGO DEL BENEFICIO Y EL TRIPLICADO SERÁ ENTREGADO POR EL TOMADOR AL EMPLEADO ASEGURADO.
EL ASEGURADOR QUE PAGARE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ARTÍCULO, QUEDA LIBERADO DE TODA RESPONSABILIDAD FRENTE AL SINIESTRO.

ARTICULO 9 - VIGENCIA - PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA

ÚNICAMENTE, EN LOS CASOS DE INICIACIÓN DE ACTIVIDADES, EL EMPLEADOR TENDRÁ TREINTA (30) DÍAS DE PLAZO PARA TOMAR EL SEGURO. QUIENES TOMEN EL SEGURO EN EL PLAZO INDICADO TENDRÁN CUBIERTOS LOS SINIESTROS QUE SE PRODUZCAN DESDE ESA FECHA. VENCIDO DICHO PLAZO Y NO CONTRATADA LA COBERTURA ÉSTA REGIRÁ A PARTIR DE LA HORA 0 (CERO) DEL TRIGÉSIMO PRIMER DÍA POSTERIOR A LA SOLICITUD DEL SEGURO.
LAS ASEGURADORAS AL EMITIR LAS PÓLIZAS CORRESPONDIENTES POR INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS EMPLEADORES, DEBERÁN TOMAR EN CONSIDERACIÓN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7 DEL PRESENTE ANEXO.
EN EL CASO EN QUE EL TOMADOR HUBIERA CONTRATADO LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74 EN UNA ENTIDAD ASEGURADORA Y:
A) RESOLVIERA CONTRATARLA CON OTRA, EXISTIENDO CONTINUIDAD ASEGURATIVA NO LE ALCANZA EL PLAZO DE CARENCIA MENCIONADO EN EL PRESENTE ARTÍCULO. EN ESTE CASO, SE DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 7º Y 8º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
B) DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DECIDIERA CAMBIAR DE ASEGURADORA Y A FIN DE MANTENER LA CONTINUIDAD ASEGURATIVA, DICHO CAMBIO COMENZARÁ A REGIR A PARTIR DEL DÍA PRIMERO DEL MES CALENDARIO SIGUIENTE A LA BAJA DE LA ANTERIOR COBERTURA.
PARA EMITIR LA PÓLIZA, LA NUEVA ENTIDAD ASEGURADORA DEBERÁ EXIGIR AL TOMADOR-EMPLEADOR UNA CONSTANCIA DE BAJA DE COBERTURA, EMITIDA POR LA ANTERIOR ASEGURADORA DESDE EL SISTEMA KAUSAY, A FIN DE EVITAR QUE UN MISMO EMPLEADOR POSEA MÁS DE UNA PÓLIZA VIGENTE PARA UN MISMO PERÍODO.
LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR COMIENZA A LA HORA CERO (0) DEL DÍA EN QUE SE INICIE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA Y FINALIZA A LA HORA VEINTICUATRO (24) DEL ÚLTIMO DÍA DE VIGENCIA ESTIPULADO.

ARTICULO 10 - DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES

INTEGRITY

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

DE SEGUROS - EXENCION DE TASA UNIFORME

EL DERECHO DE EMISIÓN ES ANUAL, PODRÁ PERCIBIRLO EL ASEGURADOR CUANDO SE EMITA O RENUEVE UNA PÓLIZA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE ESCALA:
-□HASTA VEINTICINCO (25) ASEGURADOS: □PESOS DOCE ($ 12).
-□ENTRE VEINTISEIS (26) Y CINCUENTA (50) ASEGURADOS: □PESOS DIECISIETE ($ 17).
-□MÁS DE CINCUENTA (50) ASEGURADOS: □PESOS VEINTICINCO (□$ 25).
EL TOMADOR-EMPLEADOR, CUANDO CORRESPONDA, DECLARARÁ Y ABONARÁ EL DERECHO DE EMISIÓN A TRAVÉS DEL APLICATIVO DEL SICOSS
DE LAS PRIMAS PERCIBIDAS, LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DESTINARÁN UN VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), PARA ATENDER LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE ESTA COBERTURA.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS PODRÁN RECONOCER A LOS PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS UNA PARTICIPACIÓN DE LOS FONDOS PROVENIENTES DE LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN. LA LIQUIDACIÓN DE LAS PARTICIPACIONES SERÁ EFECTUADA POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.
ATENTO A LA NATURALEZA PARTICULAR DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74 NO LE RESULTA DE APLICACIÓN LAS PREVISIONES DEL ARTÍCULO 81º DE LA LEY Nº 20.091.

ARTÍCULO 11 - PAGO DEL PREMIO

EL PREMIO CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE COBERTURA SERÁ DECLARADO E INGRESADO DIRECTAMENTE POR EL TOMADOR-EMPLEADOR CON LAS MISMAS MODALIDADES, PLAZOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA NÓMINA DEL MES QUE DECLARA TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE, A PARTIR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2º Y LO DETERMINADO EN EL ARTÍCULO 6º DE LA RESOLUCIÓN SSN N° 35.333 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2010 Y SUS MODIFICATORIAS.
LO DISPUESTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR TAMBIÉN SERÁ DE APLICACIÓN RESPECTO DE LOS EMPLEADORES NO OBLIGADOS CON EL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS PÓLIZAS QUE AMPAREN A LOS TRABAJADORES DOMÉSTICOS ENCUADRADOS EN EL ARTÍCULO 1º DE LA LEY N° 26.844, LAS QUE SERÁN ABONADAS DIRECTAMENTE A LAS ASEGURADORAS. A TAL EFECTO LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS QUEDA FACULTADA PARA DICTAR LAS NORMAS OPERATIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.
LA AFIP ESTABLECERÁ LOS MECANISMOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS A LAS RESPECTIVAS ASEGURADORAS.
EN EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NÓMINA DE PERSONAL DEL TOMADOR SE ACTUARÁ CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 18º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
SI EL EMPLEADOR DETERMINARA E INGRESARA EL MONTO DEL PREMIO, SIN HABER CONTRATADO UNA PÓLIZA CON UNA ASEGURADORA O LA RELACIÓN ASEGURADORA-CUIT SEA ERRÓNEA O ESTÉ FUERA DE VIGENCIA, NO IMPLICARÁ COBERTURA AUTOMÁTICA EN DICHO SEGURO.
EN DICHOS SUPUESTOS LA AFIP DIRECCIONARÁ LOS MONTOS Y LA INFORMACIÓN A LA SSN.
REGULARIZADOS LOS SUPUESTOS ANTES MENCIONADAS, LOS FUTUROS PAGOS QUE EFECTÚEN SERÁN TRANSFERIDOS POR LA AFIP A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS QUE CORRESPONDAN CONFORME EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 12 DEL PRESENTE ANEXO.

ARTÍCULO 12 - DISTRIBUCION DE RECAUDACION

12.1.□LOS MONTOS CORRESPONDIENTES AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO, RECAUDADOS POR LA AFIP SERÁN TRANSFERIDOS A LAS ASEGURADORAS A LAS CUENTAS BANCARIAS QUE ÉSTAS ESTABLEZCAN.
A TAL EFECTO, LAS ASEGURADORAS, A TRAVÉS DE UNA NOTA FIRMADA POR PERSONAL DE LA ENTIDAD AUTORIZADO A TAL FIN, DEBERÁN INFORMAR A LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LA CUENTA BANCARIA DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, A LA CUAL SE LE EFECTUARÁN LAS TRANSFERENCIAS CORRESPONDIENTE A LA RECAUDACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO N° 1567/74, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER MODIFICACIÓN SOBRE LA MISMA, CONFORME LO REQUERIDO A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN SSN N° 2434 DEL 6 DE MAYO DE 2010.
LA MENCIONADA NOTA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO LOS SIGUIENTES DATOS: TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA, NÚMERO Y TIPO DE CUENTA, ENTIDAD BANCARIA Y SUCURSAL Y CLAVE BANCARIA UNIVERSAL, DEBIENDO SER ACOMPAÑADA DE UNA CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE CONSTE QUE LA MISMA ESTÁ LIBRE DE INHIBICIONES Y EMBARGOS.
LAS ASEGURADORAS QUE EN EL FUTURO COMIENCEN A OPERAR EN ESTE SEGURO, DEBERÁN DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ARTÍCULO ANTES DE INICIAR LA COMERCIALIZACIÓN DEL MENCIONADO SEGURO.
12.2.□LA AFIP, TRANSFERIRÁ LOS FONDOS A LAS ASEGURADORAS, CONFORME EL PADRÓN DE PÓLIZAS QUE REMITIRÁ ESTA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, EL QUE SERÁ CONFECCIONADO EN BASE A LOS DATOS QUE LAS ENTIDADES ENVÍAN AL SISTEMA INFORMÁTICO KAUSAY, Y EL CUAL CONTENDRÁ LOS DATOS NECESARIOS PARA PODER PROCEDER A LA CORRECTA DISTRIBUCIÓN DE LOS CONCEPTOS RECAUDADOS POR EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.
12.3.□LA AFIP INFORMARÁ EN FORMA DIARIA A LAS ASEGURADORAS DIVERSA INFORMACIÓN RESPECTO DE LA DETERMINACIÓN DEL PAGO, LAS NÓMINAS Y LOS IMPORTES ACREDITADOS EN LAS CUENTAS BANCARIAS POR ELLAS INFORMADAS, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, LOS QUE CONTENDRÁN LOS SIGUIENTES DATOS:
1.□CUIC - CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS
2.□CUIT DEL TOMADOR-EMPLEADOR
3.□PERÍODO DECLARADO
4.□IDENTIFICACIÓN DE LAS CUIL DECLARADAS
5.□FECHA EN QUE PAGÓ EL TOMADOR-EMPLEADOR
6.□IMPORTE TOTAL DEPOSITADO POR EL TOMADOR-EMPLEADOR DISCRIMINADO POR PRIMA Y DERECHO DE EMISIÓN.
7.□FECHA DE PROCESAMIENTO
8.□FECHA DE TRANSFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA DE LA ASEGURADORA.
9.□IMPORTE ACREDITADO EN LA CUENTA BANCARIA
12.4.□CUANDO LA ASEGURADORA DETECTE DIFERENCIAS ENTRE LO INFORMADO POR LA AFIP EN LOS ARCHIVOS PUBLICADOS DE RESPALDO Y LA INFORMACIÓN PROVISTA POR LOS EMPLEADORES, PODRÁ REQUERIR UN ANÁLISIS DE LAS MISMAS. A TAL FIN DEBERÁ PRESENTAR UNA NOTA ESCRITA, FIRMADA POR AUTORIDAD DE LA ASEGURADORA, INDICANDO LA CUIT DEL CONTRIBUYENTE POR EL CUAL REALIZA LA CONSULTA, Y EL/LOS PERÍODO/S FISCAL/ES CON DIFERENCIA, ADJUNTANDO EL/LOS COMPROBANTE/S DE PAGO CORRESPONDIENTE/S.
LA NOTA DEBERÁ SER DIRIGIDA A LA DIVISIÓN USUARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PRESENTARLA PERSONALMENTE EN BALCARCE 167 - MESA GENERAL DE ENTRADAS, SALIDAS Y ARCHIVO, O ENVIARLA POR CORREO POSTAL.
SI SE DIERA EL CASO QUE LA CONSULTA NO ESTÁ RELACIONADA CON DIFERENCIAS ENTRE LO PAGADO Y LO TRANSFERIDO, NO SERÁ NECESARIA LA PRESENTACIÓN DE LA COPIA DEL COMPROBANTE DE PAGO. UNA VEZ INICIADO EL ANÁLISIS DE LO REQUERIDO, LA AFIP

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

PODRÁ SOLICITAR A LA ASEGURADORA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE COADYUVE A OBTENER EL RESULTADO DEL MISMO.
12.5.□CUANDO LOS EMPLEADORES O LAS ASEGURADORAS VERIFIQUEN QUE LOS FONDOS DE LOS PAGOS EFECTUADOS FUERON DERIVADOS POR LA AFIP A LA SSN, PODRÁN REQUERIR LA DEVOLUCIÓN DE LOS MISMOS. A TAL FIN DEBERÁN PRESENTAR UNA NOTA ESCRITA, FIRMADA POR AUTORIDAD DE LA EMPRESA (EMPLEADOR) O DE LA ASEGURADORA, INDICANDO LA CUIT DEL CONTRIBUYENTE POR EL CUAL REQUIERE LA DEVOLUCIÓN DE LOS FONDOS, INDICANDO EL/LOS PERÍODO/S FISCAL/ES, SUS MONTOS Y ADJUNTANDO EL/LOS COMPROBANTE/S DE PAGO CORRESPONDIENTE/S Y/O TODA OTRA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RECLAMO.
LA NOTA DEBERÁ SER DIRIGIDA A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES DE LA SSN - SECTOR SCVO Y PRESENTARLA PERSONALMENTE O A TRAVÉS DE CORREO POSTAL EN LA AVDA. JULIO A. ROCA 721 - MESA GENERAL DE ENTRADAS, SALIDAS Y ARCHIVO.

ARTICULO 13 - SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISION

EL PAGO DEL PREMIO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO POR PARTE DEL TOMADOR-EMPLEADOR DEBERÁ EFECTUARSE EN LA FECHA QUE OPERE EL VENCIMIENTO PARA TRIBUTAR LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL. SI EL PREMIO NO FUERA ABONADO EN DICHA FECHA, EL EMPLEADOR CONTARÁ CON UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL PAGO. TRANSCURRIDO DICHO PLAZO SIN QUE SE HUBIERA EFECTUADO EL PAGO DEL PREMIO OPERARÁ LA MORA EN FORMA AUTOMÁTICA Y CON ELLO LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACIÓN ALGUNA.
LA COBERTURA SE REANUDARÁ A PARTIR DE LA HORA CERO (O) DEL DÍA SIGUIENTE AL INGRESO DE LA PRIMA. LA COBERTURA SÓLO PODRÁ SER REHABILITADA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS DESDE LA FECHA DE SU SUSPENSIÓN. EL VENCIMIENTO DE ESTE PLAZO PROVOCARÁ LA RESCISIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.
LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO, O SU RESCISIÓN POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO, HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.
LOS PAGOS EFECTUADOS POR LOS TOMADORES-EMPLEADORES UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO DE SUSPENSIÓN Y ESTANDO LA PÓLIZA RESCINDIDA, NO DARÁ DERECHO A REHABILITAR LA MISMA.

ARTICULO 14 - COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

LAS ALTAS Y BAJAS SERÁN COMUNICADAS POR EL TOMADOR A LA ASEGURADORA CON EL ENVÍO DE LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONA! EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), O EN SU REEMPLAZO EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN", LO QUE ESTABLECERÁ EL AJUSTE DE PRIMAS SI CORRESPONDIERE. LA ASEGURADORA, SIN PERJUICIO DE LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SUMINISTRADA A TRAVÉS DE LA AFIP, TENDRÁ DERECHO A EXIGIR AL TOMADOR LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONAL EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) CUANDO LO ESTIME CONVENIENTE.
PARA EL CASO QUE EL TOMADOR-EMPLEADOR CONTRATANTE NO ESTUVIERE INCLUIDO EN EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LAS ALTAS Y BAJAS DEBEN SER COMUNICADAS MENSUALMENTE A LA ASEGURADORA.
A FIN DE MANTENER VIGENTE LA COBERTURA, EL TOMADOR-EMPLEADOR DEBERÁ INTEGRAR LA DIFERENCIA DE PRIMAS CONFORME LAS ALTAS Y BAJAS COMUNICADAS A LA ASEGURADORA DE ACUERDO A LO DETERMINADO EN EL ARTÍCULO 11º DEL PRESENTE REGLAMENTO.

ARTÍCULO 15 - LIQUIDACION DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA DEBERÁ REQUERIR AL TOMADOR QUE ACREDITE HABER NOTIFICADO FEHACIENTEMENTE A LOS BENEFICIARIOS LA EXISTENCIA DEL BENEFICIO, AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO, EN EL ÚLTIMO DOMICILIO QUE EL ASEGURADO TENGA REGISTRADO. SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN DEVINIERA INEFICAZ O QUEDASE SIN EFECTO, SE CONSIDERARÁN BENEFICIARIOS AQUELLAS PERSONAS QUE CUMPLAN CON LA CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTE, SEGÚN LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53 Y 54 DE LA LEY N° 24.241.
A TAL EFECTO, DEBERÁ PRESENTARSE LAS CONSTANCIAS A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL ARTÍCULO 8°.
EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DEBERÁ ESPECIFICAR EL MONTO DEL BENEFICIO, ASÍ COMO QUE SU COBRO PUEDE EFECTUARSE PERSONALMENTE. EN CASO DE REQUERIRSE EL COBRO A TRAVÉS DE MANDATARIOS SE REQUERIRÁ AL EFECTO UN PODER ESPECIAL EN EL CUAL SE DEBERÁ ESPECIFICAR CONCEPTO Y MONTO DEL BENEFICIO.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS LIQUIDARÁN EL SINIESTRO DE LOS SEGUROS EN VIGENCIA UNA VEZ QUE CUENTEN CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:
1.□PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO
2.□CONSTANCIA DE CUIL DEL TRABAJADOR
3.□COPIA DE LA NÓMINA DE EMPLEADOS DEL TOMADOR-EMPLEADOR CORRESPONDIENTE AL MES DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO.
4.□CONSTANCIA DEL PAGO DEL PREMIO
5.□COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES O LIQUIDACIÓN FINAL.
6.□COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES FIRMADO POR EL EMPLEADO FALLECIDO.
7.□FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.
8.□EN CASO DE NO EXISTIR DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S O SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, LA DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) DE ACUERDO A LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241 O PRESENTAR COPIA AUTENTICADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE TAL CONDICIÓN, SEA ÉSTA EMITIDA POR LA ANSES O POR LA CAJA PROVISIONAL RESPECTO DE LA CUAL RESULTARA APORTANTE EL ASEGURADO FALLECIDO.
9.□DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS DESTINATARIOS DE LA PRESTACIÓN:
A)□EL/LOS BENEFICIARIO/S: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD, Y DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL.
B)□DERECHOHABIENTES:
B.1.□EL/LA CÓNYUGE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; PARTIDA DE MATRIMONIO LEGALIZADA EMITIDA CON UNA ANTELACIÓN NO MAYOR A SEIS (6) MESES DE SU PRESENTACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.
B.2.□EL/LA CONVIVIENTE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; INFORMACIÓN SUMARIA JUDICIAL Y DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES).
B.3.□HIJOS/AS: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Y PARTIDA DE NACIMIENTO LEGALIZADA Y DE CORRESPONDER LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE QUIEN RESULTA SER SU REPRESENTANTE LEGAL CONFORME LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 101 DEL

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN.)
COMPLETADA LA DOCUMENTACIÓN, SUMINISTRADA POR EL EMPLEADOR, BENEFICIARIOS Y/O DERECHOHABIENTES, LA INDEMNIZACIÓN DEBERÁ ABONARSE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS SIGUIENTES. EN NINGÚN CASO LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO POR EL FALLECIMIENTO DE LOS TRABAJADORES QUE NO HUBIESEN SIDO DADOS DE ALTA EN LA NÓMINA DEL TOMADOR CONFORME LO DISPUESTO POR LA RESOLUCIÓN GENERAL N° 1891/2005 (TEXTO ORDENADO POR TA RESOLUCIÓN GENERAL N° 2016/2006) DE LA AFIP Y SUS MODIFICATORIAS.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DEBERÁN EXTREMAR LOS MECANISMOS A FIN DE OBTENER LA DOCUMENTACIÓN QUE LES PERMITA ABONAR LOS SINIESTROS Y SÓLO DEPOSITARÁN EL IMPORTE DE LA PRESTACIÓN EN LA CAJA COMPENSADORA ANTE:
I) LA FALTA DE RECLAMO POR PARTE DE LOS BENEFICIARIOS, O DE LOS DECLARADOS DERECHOHABIENTES POR LA ANSES CONFORME LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241 O TESTAMENTARIOS.
II) LUEGO DE HABER AGOTADO LOS MECANISMOS PARA LA OBTENCIÓN DE LOS ELEMENTOS REQUERIDOS PARA EFECTUAR EL PAGO.
EN AMBOS CASOS LA ASEGURADORA DEBERÁ ADJUNTAR:
1) COPIA DEL FRENTE DE PÓLIZA CON SU CORRESPONDIENTE CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS.
2) CERTIFICACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
3) COPIA CERTIFICADA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE OBRARE EN SU PODER INCLUYENDO TAMBIÉN LAS CONSTANCIAS QUE ACREDITEN LAS COMUNICACIONES Y REQUERIMIENTOS EFECTUADOS AL EMPLEADOR, BENEFICIARIOS DESIGNADOS O POSIBLES HEREDEROS.
4) CONSTANCIA DEL DEPÓSITO EN LA CAJA COMPENSADORA.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS NO PODRÁN INTEGRAR LAS SUMAS DEBIDAS EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES DE OTROS SEGUROS DE VIDA CON EL BENEFICIO INSTITUIDO POR EL DECRETO N° 1567/74, DEBIENDO PROCEDER A OTORGAR AL BENEFICIARIO DOCUMENTOS SEPARADOS DE CADA UNA DE LAS LIQUIDACIONES QUE CORRESPONDAN.

ARTÍCULO 16 - SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA

INDEPENDIENTEMENTE DEL PAGO DE PREMIO EFECTUADO POR LOS EMPLEADORES, NO PODRÁN SER TRASLADADOS A LA CAJA COMPENSADORA BAJO NINGÚN CONCEPTO LOS SINIESTROS:
A) QUE AFECTEN A TRABAJADORES NO INCLUIDOS EN LAS NÓMINAS DEL TOMADOR, NI LOS EXCLUIDOS EN EL ARTÍCULO 2º DEL PRESENTE ANEXO;
B) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS EMITIDAS QUE NO CUENTEN CON LA DEBIDA CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC);
C) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS QUE SI BIEN POSEAN CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC), LA ASEGURADORA HUBIERA REMITIDO, A TRAVÉS DEL SISTEMA KAUSAY, DATOS INCORRECTOS O NO HUBIERA EFECTUADO LA REMISIÓN EN TIEMPO Y FORMA DE TODAS LAS NOVEDADES QUE MODIFIQUE EL PADRÓN PÓLIZAS;
D) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS EMITIDAS POR LAS ENTIDADES QUE NO HAYAN DADO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 12 - 12.1 DEL PRESENTE ANEXO;
E) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS CUYOS PREMIOS NO HAYAN SIDO ABONADOS CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 11 DEL PRESENTE ANEXO.

ARTÍCULO 17- PROHIBICIONES

SE PROHÍBE A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS:
1) OTORGAR BONIFICACIONES.
2) REALIZAR GASTOS POR CUALQUIER CONCEPTO, EXCEPTO LOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 10º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
3) EFECTUAR PUBLICIDAD DIRECTA.
4) RECHAZAR SOLICITUDES PRESENTADAS POR LOS EMPLEADORES DE CONFORMIDAD A LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE REGLAMENTO.
5) EFECTUAR PAGOS GRACIABLES.
6) COMPENSAR LOS SALDOS QUE ARROJEN SUS DECLARACIONES JURADAS, CON LAS SUMAS DEBIDAS POR LA CAJA COMPENSADORA POR PERÍODOS ANTERIORES.
7) COASEGURAR Y REASEGURAR.

ARTÍCULO 18 - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

EL EMPLEADOR SERÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO DEL BENEFICIO ANTE LA FALTA DE CONCERTACIÓN DEL SEGURO.
LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO, POR FALTA DE PAGO O PAGO INSUFICIENTE DEL PREMIO Y LA CONSECUENTE RESCISIÓN EN SU CASO, HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.

1 - CLÁUSULA DE EDAD
REQUISITO DE ASEGURABILIDAD: SERVICIO ACTIVO.
NO SE CUBRIRÁN ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, TANTO PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, COMO PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
EDAD DE MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA: 18 AÑOS
EDAD DE MÁXIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA: 64 AÑOS (TANTO PARA PADRÓN ORIGINAL COMO PARA FUTURAS INCORPORACIONES).
EDAD DE MÁXIMA DE PERMANENCIA A LA PÓLIZA: 65 AÑOS.

1 - ENFERMEDADES PREEXISTENTES
CLAUSULA ENFERMEDADES PREEXISTENTES

LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJERA COMO CONSECUENCIA DE UNA

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

ENFERMEDAD PREEXISTENTE A LA FECHA DE SU INCORPORACIÓN AL SEGURO QUE LE CAUSE DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA MUERTE.
POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE SE ENTIENDE A TODA ENFERMEDAD, CUALQUIERA SEA SU TIPO O NATURALEZA, QUE PADECIERA EL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DE SU CERTIFICADO INDIVIDUAL, DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A SU INCORPORACIÓN AL SEGURO, Y QUE FUERA LA CAUSA DIRECTA DE SU FALLECIMIENTO.
SE ENTENDERÁ QUE LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA CUANDO PRESENTE UNA O VARIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES:

A) CUYOS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS SE HAYAN MANIFESTADO ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
B) CUYO DIAGNÓSTICO MÉDICO HAYA SIDO PREVIO AL INICIO DE VIGENCIA DE CERTIFICADO INDIVIDUAL.
C) CUYOS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS NO HAYAN PODIDO PASAR DESAPERCIBIDOS, DEBIENDO MANIFESTARSE ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE SU CERTIFICADO INDIVIDUAL.

INTEGRITY

INTĒGRITY
SEGUROS

Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.libertyargentina.com.ar

CERTIFICADO DE COBERTURA

FECHA DE EMISION: 01/09/2025

ASEGURADO Y/O TOMADOR:
GRUPO FUSION S R L .

CUIT / Doc. N°:
30717928551

Domicilio: AV CONSTITUYENTES - N° 597 - Piso - Dto
C.P.: 9000 **Localidad:** COMODORO RIVADAVIA
Provincia: Chubut

POLIZA NRO.
000000017989

CERTIFICADO NRO.
190117989

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
01/09/2025

FECHA DE FIN DE VIGENCIA
30/09/2025

Conste por el presente Certificado que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto, amparado lo dispuesto en la Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

NÓMINA DE PERSONAL

.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

El presente certificado carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el s.u.s.s.(sistema único de la seguridad solcial) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al periodo que corresponda dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho periodo facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7361189

Buenos Aires, **29 / 08 / 2025**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **G&A ASCENSORES S.R.L**

C.U.I.T. N° **30-71214142-1** | N° de Contrato **326126** | N° de Póliza Digital **5577856**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **LIMA** | N° **419** | Piso | Oficina

Localidad **CORDOBA** | Provincia **CORDOBA** | Código Postal **5000**

Teléfono **(0351) 423-0954** | Fecha de afiliación **25 / 06 / 2024** | Vigencia **01 / 07 / 2024** al **30 / 06 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

281600 Fabricación De Maquinaria Y Equipo De Elevación Y Manipulación

Por la presente Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de G&A ASCENSORES S.R.L, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº 326126, por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si la empresa comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia. PROVINCIA A.R.T. S.A. se obliga a comunicar a BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, en forma fehaciente, los incumplimientos en que incurra el asegurado, especialmente la falta de pago en término dentro de los diez días de verificado. El Asegurado declara como domicilio de BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193 para realizar las comunicaciones en: CORDOBA AV. Nº 111 Depto. CORDOBA (5000) CORDOBA BUENOS AIRES.

Fuera de las causales que expresamente prevee la normativa vigente, el contrato de afiliación no podrá ser modificado o enmendado sin previa notificación fehaciente a BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, en un plazo no inferior a quince(15) días corridos.

Se deja constancia por la presente que la empresa de referencia se encuentra asegurada en Provincia A.R.T.

El presente certificado tiene una validez de 30 días corridos a partir de la fecha de emisión. En ningún caso Provincia ART S.A. será responsable de las consecuencias del uso del certificado una vez vencido el plazo de validez.

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE
Por favor, recordá revisar periódicamente las comunicaciones que te enviamos a través del sistema de Ventanilla Electrónica de la SRT.Tanto la suscripción a este servicio como el acceso se efectúa con la clave fiscal de AFIP. En www.srt.gov.ar podrás encontrar los instructivos que indican cómo adherirse a ese sistema y cómo utilizarlo.

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7361191

Buenos Aires, **29 / 08 / 2025**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **G&A ASCENSORES S.R.L**

C.U.I.T. N° **30-71214142-1** | N° de Contrato **326126** | N° de Póliza Digital **5577856**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **LIMA** | N° **419** | Piso | Oficina

Localidad **CORDOBA** | Provincia **CORDOBA** | Código Postal **5000**

Teléfono **4230954** | Fecha de afiliación **25 / 06 / 2024** | Vigencia **01 / 07 / 2024** al **30 / 06 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

281600 Fabricación De Maquinaria Y Equipo De Elevación Y Manipulación

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA	F. MOV.	F. NACIM.	GENERO
20-28344620-5	ALCEGA CESAR ALBERTO	TECNICO MANTENIMIENTO	25/04/2022	12/09/1980	
20-40835279-8	ALMADA FEDERICO	TECNICO MANTENIMIENTO	05/06/2023	20/12/1997	M
27-40201109-8	BUSTOS GODOY PRISCILA YAEL	ADMINISTRACION	01/11/2022	07/01/1997	
27-42860696-0	CEBALLOS ANAHI CEBALLOS	ADMINISTRACION	12/06/2023	07/09/2000	
20-35089074-3	CEJAS PABLO ARIEL	TECNICO MANTENIMIENTO	03/07/2017	21/03/1990	M
20-41887001-0	CHACOBO JOEL ALEXIS	TECNICO MANTENIMIENTO	08/02/2022	27/05/1995	M
20-32035242-9	CHACOBO ROBERTO GABRIEL	TECNICO MANTENIMIENTO	28/09/2020	03/01/1986	
27-37094508-5	DRUDI MELINA CANDELA	ADMINISTRACION	02/06/2014	29/09/1992	
20-30472959-8	GUARDIOLA EMILIANO	GERENTE	26/07/2021	15/10/1983	
20-29608429-9	GUARDIOLA JOSE IGNACIO	DIRECTORES DE DEPARTAMENTOS DE VENTAS Y COMERCIALIZACIÓN	14/12/2022	21/07/1982	
23-39302618-9	SASHA RODRIGO CUFRE	ADMINISTRACION	13/02/2023	19/10/1995	
20-36559325-7	TRENTO ANDRES ALBERTO	OPERADORES DE MÁQUINAS HERRAMIENTAS	21/07/2025	23/09/1991	M

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

Constancia Nro: 5370834

CONSTANCIA DE COBERTURA

Se deja constancia, por medio de la presente, que GYA ASCENSORES SRL CUIT: 30712141421 ha suscripto con MAPFRE Agentina Seguros de Vida S.A. la póliza más abajo mencionada, amparando lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Póliza Nº: 101017998701
Vigencia: Desde las doce horas del día 29/08/2025 y hasta las doce horas del dia 01/02/2026.

NÓMINA DEL PERSONAL

NÓMINA INFORMADA POR AFIP para el período 2025/07

N° CUIL	APELLIDO Y NOMBRE
20283446205	ALCEGA CESAR ALBERTO
20408352798	ALMADA FEDERICO EMANUEL
27402011098	BUSTOS GODOY PRISCILA YAEL
27428606960	CEBALLOS ROCIO ANAHI
20350890743	CEJAS PABLO ARIEL
20418870010	CHACOBO JOEL ALEXIS
20320352429	CHACOBO ROBERTO GABRIEL
23393026189	CUFRE SASHA RODRIGO
27370945085	DRUDI MELINA CANDELA
20304729598	GUARDIOLA EMILIANO
20296084299	GUARDIOLA JOSE IGNACIO
20365593257	TRENTO ANDRES ALBERTO

Cantidad Total de Trabajadores: 12

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de la Seguridad Social) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al período que corresponde dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho período facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.

HOLANDO
— SEGUROS —

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Acc. Pers. PLENUS	**127641.7**	4809005806
Vigencia	Moneda	
Desde las 00:00hs. del 06/08/2025 hasta las 00:00hs. del 06/02/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **ARAUJO JORGE ALBERTO** con domicilio en la calle **PELLEGRINI N° 210 Piso:1 Depto:4** tiene contratado en esta Compañía un Seguro de Accidentes Personales, amparando el/los siguiente/s riesgo/s:

Personal Cubierto			Coberturas Individuales			
Documento	**Nombre**	**Vigencia desde**	**MUERTE X ACCID.**	**INVALIDEZ TOT./PARCIAL PERMAN. X ACCID.**	**ASISTENCIA MEDICO FARMACÉUTICA X ACCID.**	**SEPELIO X ACCID.**
DNI 28162922	**Araujo Jorge Alberto**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 25666418	**Baez Marcos Luciano**	00:00hs. del 29/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS						
DNI 44388130	**Cardozo Pablo Leonel**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 44086911	**Escalante Nahuel Nicolas**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 33871141	**Martinez Sergio Damian**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 42262544	**Perez Facundo Emanuel**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						

Estarán cubiertos los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares únicamente en el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa, si el Asegurado sufre lesiones indemnizables a consecuencia de un accidente cubierto como conductor de estos vehículos, y siempre que esté habilitado para conducir el tipo de vehículo utilizado para esa categoría, posea la licencia vigente correspondiente (conducir con registro vencido será causal de rechazo del reclamo), haga uso del casco protector homologado y circule en la vía pública cumpliendo con las normas legales vigentes en la materia (Ley de Tránsito N° 24.449).

Vencimiento del presente Certificado: 27/09/2025

Se deja constancia que la cobertura del presente seguro queda limitada a los accidentes que pueda sufrir el asegurado mientras desarrolla la actividad declarada y dentro del ámbito en el que ejerce esa profesión, incluyendo el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa.

Se extiende el presente Certificado a los 28 días del mes de Agosto del 2025 para ser presentado ante quien corresponda, quedando sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, en donde la Aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del Premio u otra causal.

A la fecha en que se extiende el presente certificado, la póliza no tiene deuda exigible.

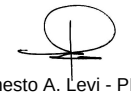
Queda entendido y comprendido que la cobertura prevista en la cláusula adicional de ASISTENCIA MEDICA es de carácter estrictamente prestacional, según se indica en el inciso 5) de la misma.

SERVICIO DE ASISTENCIA: 0800-222-753687

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA



Ernesto A. Levi - PRESIDENTE

VEP

Comprobante de Pago

Datos del VEP Consolidado:

Nro. VEP Consolidado:	1507727835
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Vep Consolidado ARCA
Descripción Reducida:	VCON#8
CUIT:	**23-23234467-9**
Concepto:	VEP CONSOLIDADO
Cantidad de SubVeps:	8

EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$797.582,48
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$295.922,63
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$156.682,56
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$693.542,30
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$2.008,08
CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$931.800,44

Datos del comprobante de Pago:

Entidad de Pago:	RED LINK
Medio de Pago:	HomeBanking-EFECTIVO
Debito en cuenta del Banco:	BANCO DE LA PAMPA SOCIEDAD DE ECONOMIA MIXTA
Nro. de Transacción:	284000706189
Código de Control:	593
Fecha de Pago:	2025-08-22 Hora: 12:01:08
IMPORTE PAGADO	**$2.877.538,49**

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., autorizada a afiliar en todo el país con los alcances establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 por Resolución Nº 24404/96 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución Nº 103/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, certifica que el empleador GOLOVCA PAOLO VALENTIN C.U.I.T. 23-23234467-9 con domicilio en calle JILGUERO 5690 , TOAY, tiene emitido un Contrato de Afiliación registrado bajo el número 95062 en los términos de la Ley Nº 24.557 sus decretos y leyes complementarias y reglamentarias, cuya vigencia se extiende entre el 01/09/2025 y el 31/08/2026 amparando su personal en relación de dependencia, cuya nómina se detalla abajo.

El presente certificado se extiende a pedido del afiliado en Sunchales (SF), el día 1 de septiembre de 2025, para ser presentado ante quien corresponda, y por el término de 30 días, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del plazo indicado.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO AL 01/09/2025

EMPRESA	CONTRATO	PÓLIZA
GOLOVCA PAOLO VALENTIN	95062	2078842

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre	Condición
20331694062	1	CABRAL MARCO JAVIER	Régimen General
20332425243	2	GOMEZ VICTOR HUGO	Régimen General
23380394219	3	PAEZ YAEL ALEJANDRO	Régimen General
20340660154	4	PALLARES MAXIMILIANO EMMANUEL	Régimen General
20341537836	5	RUIZ CRISTIAN ARIEL	Régimen General
23471985929	6	SAAVEDRA GONZALO	Régimen General

TOTAL DE EMPLEADOS 6

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S. A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A - CUIT: 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el art. 39.5 de la Ley Nº 24.557, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de GOLOVCA PAOLO VALENTIN, alcanzados por la cobertura del contrato de afiliación Nº 95062 por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo en la medida que el empresario comitente a favor de quien se emite la presente cumpla con la clasificación en el tercer nivel según lo estipulado por el artículo segundo inciso c del decreto 170/1996.

Esta cláusula cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley 19.587, su decreto reglamentario N° 351/79 y las normas que sobre el particular haya dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias en el ámbito de su competencia.

Se extiende la presente en Sunchales (SF), 1 de Septiembre de 2025.

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	23-23234467-9
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	6
Suma de Rem. 1:	5.454.518,81
Suma de Rem. 2:	5.454.518,81
Suma de Rem. 3:	5.454.518,81
Suma de Rem. 4:	5.592.018,81
Suma de Rem. 5:	5.454.518,81
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	5.592.018,81
Suma de Rem. 9:	5.592.018,81
Suma de Rem. 10:	5.415.998,57

Apellido y Nombre o Razón Social:

PAOLO VALENTIN GOLOVCA

Nro. Verificador: 417902

Domicilio Fiscal: JILGUERO 5690 TOAY

V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	791.056,24
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**791.056,24**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	1.027.467,44
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	1.025.667,44
	Contribuciones S.S. SIPA	573.441,42
	Contribuciones S.S. No SIPA	436.750,74
	Retenciones	15.475,28
	Contribuciones S.S. a pagar	**1.010.192,16**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	155.400,50
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**155.400,50**
b1 -	Total de contribuciones	297.996,97
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	297.996,97
	Retenciones	4.495,73
	Contribuciones O.S. a pagar	**293.501,24**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	19.971,01
Total retenciones	19.971,01
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	15.475,28
Retenciones aplicadas a Obra Social	4.495,73
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	6	8.520,00
Remun. con ART	5.592.018,81	685.022,30
L.R.T. total a pagar		**693.542,30**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	6 - 2.008,08
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**2.008,08**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00

Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 38.520,24

Pago a Cuenta Dec. 394: 86.016,20

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**0,00**	302 - Aportes de Obra Social	**155.400,50**
351 - Contribuciones S.S. SIPA	**487.425,22**	351 - Contribuciones S.S. No SIPA	**436.750,74**
301 - Aportes de Seguridad Social	**791.056,24**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**693.542,30**
352 - Contribuciones de Obra Social	**293.501,24**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**2.008,08**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

Banco de **La Pampa**

Operación

Pagar impuesto/servicio adherido

Fecha y Hora

21/08/2025 11:23:46

Estado de transacción

Finalizada

Número de transacción

7b24fe7d804541d19ce2e8f6e5f98c6a

Importe total a pagar

$ 276.006,86

Vencimiento

22/08/2025

Rubro

Impuestos y Tasas Provinciales

Empresa

La Pampa DGR estados de Deuda

Importe

$ 276.006,86

Código de pago

23232344679

Pertenece a

Concepto

EST. DE DEUDA

Cuenta débito

CA $ 945378

Firmas

Preparado por

PAOLO VALENTIN GOLOVCA - 21/08/2025



IMPUESTO DE SELLOS
MONTO IMPONIBLE $ 36000000.-
SELLADO $ 37300.-

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre **Ascensores Cielos del Sur S.R.L.**, CUIT N° 30-71476503-1, con domicilio en San José 1299, Dpto 703, CP 1136, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONSERVADOR"**, representado en este acto por la Sra. **De Luca Roxana Beatriz**, DNI 22.185.993, en su carácter de Socia Gerente, por una parte; y por la otra, el Sr. **Moretti, Matias Ezequiel**, CUIT 20-39098879-7, con domicilio en Castex M 1701 – Mar del Plata Sur CP7600 – Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, se celebra el presente contrato conforme a las siguientes cláusulas:

---

1. OBJETO DEL CONTRATO

EL CONTRATISTA se compromete a prestar en nombre de EL CONSERVADOR servicios de mantenimiento, reparación y confección de informes técnicos de ascensores, montacargas y equipos relacionados, pertenecientes al cliente de EL CONSERVADOR, conforme a las disposiciones legales y técnicas aplicables, y bajo los términos de este contrato.

En las siguientes SUCURSALES del BBVA:

SUC 090	**INDEPENDENCIA 2650 – MAR DEL PLATA**
SUC 094	**AV LURO 3157 – MAR DEL PLATA**
SUC 214	**GUEMES 2648 – MAR DEL PLATA**
SUC 239	**CONSTITUCIÓN 4200 – MAR DEL PLATA**

Este contrato se regirá por las disposiciones del Código Civil y Comercial de la Nación (arts. 959, 1021, 1061, 2651 y concordantes).

---

2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS

EL CONTRATISTA deberá realizar las siguientes tareas:

- ***Mantenimiento preventivo***, conforme a la **CHECK LIST indicada por el BBVA.**
- ***Atención diurna por reclamos,*** de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hs.
- ***Atención de urgencias***, de lunes a domingo, entre las 20:00 y las 08:00 hs, solo en casos de emergencia *(personas encerradas).*
- *Las* ***reparaciones programadas y mantenimientos regulares*** serán realizados en días hábiles de 08:00 a *17:00 hs.*
- *Las reparaciones por* PRESUPUESTOS, se realizarán según lo acordado con los REFERENTES del *BBVA.*

En caso de que un cliente de EL CONSERVADOR contacte directamente a EL CONTRATISTA, este deberá informar **de inmediato** a EL CONSERVADOR, remitiendo el informe correspondiente.

UNION DEL COMERCIO LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION
REPUESTO EL SELLADO DE LA LEY IMPOSITIVA VIGENTE
- 1 SEP 2025
RESOL 10006 EXP 2306 - 15380/61
Nº
BOL DEP R-0000-0012- 0000212

3. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato comenzará a regir a partir del **01/08/2025** y se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un (1) año, salvo notificación en contrario por cualquiera de las partes con una antelación mínima de treinta (30) días corridos, efectuada por medio fehaciente.

---

4. HONORARIOS Y FORMA DE PAGO

EL CONSERVADOR abonará a EL CONTRATISTA la suma mensual de **$300.000,00 IVA 21% incluido** (**PESOS: trescientos mil con 00/100 IVA 21% incluido**), pagadera **mensualmente (mes vencido)** entre los días 1 y 10 de cada mes.

Este importe contempla exclusivamente las tareas de mantenimiento e insumos para su realización de lo descrito en la cláusula 2. No incluye reparaciones, mano de obra adicional, ni reposición de piezas.

El precio será ajustado trimestralmente conforme a la variación del **Índice de Precios al Consumidor (IPC)** publicado por el INDEC.

---

5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Obligaciones de EL CONTRATISTA:

- Cumplir con los servicios pactados en tiempo y forma. (Mantenimiento del 01 al 10 de cada mes) y (Tiempo max de 2 (dos) horas para atención de reclamos)
- Asegurar la calidad técnica y profesional del trabajo.
- Contar con personal calificado y equipos adecuados.
- Cumplir con todas las normas laborales, de seguridad y salud vigentes.
- Contratar los seguros correspondientes (ART, responsabilidad civil, etc.).
- Mantener informado a EL CONSERVADOR sobre novedades técnicas, incidentes o servicios realizados.

Obligaciones de EL CONSERVADOR:

- Proporcionar toda la información y elementos necesarios para la correcta prestación del servicio.
- Pagar los honorarios en tiempo y forma.
- Supervisar la ejecución del contrato.

---

6. CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA se compromete a mantener absoluta confidencialidad sobre toda información técnica, comercial o de cualquier otra índole a la que acceda en el marco de la prestación de los servicios, tanto durante la vigencia del contrato como con posterioridad a su finalización.



7. RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes en cualquier momento, con aviso previo y fehaciente de al menos **treinta (30) días**. También podrá resolverse en forma inmediata ante el incumplimiento grave de cualquiera de las cláusulas pactadas.

---

8. INDEMNIDAD

EL CONTRATISTA será **único responsable** por el cumplimiento de las leyes laborales, previsionales y de seguridad social aplicables a su personal, sean empleados en relación de dependencia o monotributistas.

EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a EL CONSERVADOR y a los clientes de este por cualquier reclamo, acción o demanda judicial o extrajudicial de naturaleza laboral, sindical, civil o penal que pudiera originarse como consecuencia directa o indirecta de su accionar o del accionar de su personal.

---

9. DOMICILIOS Y JURISDICCIÓN

Las partes fijan como domicilios los indicados en el encabezado del presente contrato, donde serán válidas todas las notificaciones. Para cualquier divergencia derivada del presente contrato, las partes se someten a la **jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 29 días del mes de agosto de 2025.

Por EL CONSERVADOR:

Nombre: De Luca Roxana Beatriz

DNI 22.185.993

Cargo: Socia Gerente

Firma:

Por EL CONTRATISTA:

Nombre: MATÍAS EZEQUIEL MORETI

DNI/CUIT: 20-39098879-7

Cargo: SOCIO GERENTE

Firma:

UNION DEL COMERCIO, LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION
REPUESTO EL SELLADO DE LA LEY IMPOSITIVA VIGENTE
- 1 SEP 2025
RESOL. 10806 EXP. 2306 - 15380/61
Nº Fº
BOL. DEP. R-808-D.P.R.- 0000 212

[Escriba aquí]

IMPUESTO DE SELLOS
MONTO IMPONIBLE $ 36000000 =
SELLADO $ 37200

UCIP
UNION DEL COMERCIO, LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION DE MAR DEL PLATA

Nº 5287

Contado

Av. Luro 3030 - Mar del Plata
Tel.: (0223) 499-7777
C.U.I.T: 30-52883860-6

Registro de Contratos

Fecha: 01/09/25

Contrato: 00001212

Apellido y Nombre: DK Pelos del Sur SRL

Base Imponible	3000000.
Impuesto	37800
Comisión	7200
Total a Pagar	45000.



VOLVER

IMPRIMIR PANTALLA

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-25664419-7
BAEZ MARCOS LUCIANO
BELGRANO 1769
PASO DE LOS LIBRES
3230-CORRIENTES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

A

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 31-05-2023

ACTIVIDAD: F883 - 952100 - REPARACIÓN DE ARTÍCULOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS DE USO DOMÉSTICO
F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.
F883 - 452401 - REPARACIONES ELÉCTRICAS DEL TABLERO E INSTRUMENTAL, REPARACIÓN Y RECARGA DE BATERÍAS, INSTALACIÓN DE ALARMAS, RADIOS, SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN

Vigencia de la presente constancia: 28-08-2023 a 27-09-2023

Hora: 14:12:03 Verificador: 30939772534

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.



14:14 58%
ARCA | Formular...
notributo.afip.gob.ar

MONOTRIBUTO V 1.42.4.0

IMPRIMIR

ARCA F. 184/F	Adhesión Monotributo

Transacción N°: 120256664187082025

Fecha: 28/08/2025 14:06:33

Motivo del Trámite: Adhesión

Vigencia del Trámite a partir del: 01/09/2025

C.U.I.T.: 20-25666418-7

Denominación: MARCOS LUCIANO BAEZ

Categoría: A LOCACIONES DE SERVICIOS

Autónomo: NO APORTANTE AL REGIMEN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre **Ascensores Cielos del Sur S.R.L.**, CUIT N° 30-71476503-1, con domicilio en San José 1299, Dpto. 703, CP 1136, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONSERVADOR"**, representado en este acto por la Sra. **De Luca Roxana Beatriz**, DNI 22.185.993, en su carácter de Socia Gerente, por una parte; y por la otra, **Ascensores Inger SA CUIT 30-71623865-9** con domicilio en Av. Pasaje Juramento 1979 – CP2700 – Pergamino, representado en este acto por **Rachow Norberto, CUIT 20-12032794-2** en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, se celebra el presente contrato conforme a las siguientes cláusulas:

---

1. OBJETO DEL CONTRATO

EL CONTRATISTA se compromete a prestar en nombre de EL CONSERVADOR servicios de mantenimiento, reparación y confección de informes técnicos de ascensores, montacargas y equipos relacionados, pertenecientes al cliente de EL CONSERVADOR, conforme a las disposiciones legales y técnicas aplicables, y bajo los términos de este contrato.
En las siguiente SUCURSAL del BBVA:
SUC 091 – SAN NICOLAS 651 – PERGAMINO – PCIA DE BUENOS AIRES
Este contrato se regirá por las disposiciones del Código Civil y Comercial de la Nación (arts. 959, 1021, 1061, 2651 y concordantes).

---

2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS

EL CONTRATISTA deberá realizar las siguientes tareas:

- **Mantenimiento preventivo**, conforme a la **CHECK LIST indicada por el BBVA**
- **Atención diurna por reclamos,** de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hs.
- **Atención de urgencias**, de lunes a domingo, entre las 20:00 y las 08:00 hs, solo en casos de emergencia (personas encerradas).
- Las **reparaciones programadas y mantenimientos regulares** serán realizados en días hábiles de 08:00 a 17:00 hs.
- Las reparaciones por PRESUPUESTOS, se realizarán según lo acordado con los REFERENTES del BBVA.

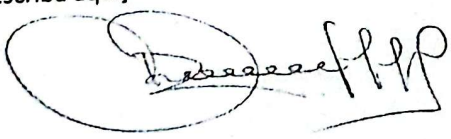
En caso de que un cliente de EL CONSERVADOR contacte directamente a EL CONTRATISTA, este deberá informar **de inmediato** a EL CONSERVADOR, remitiendo el informe correspondiente.

---

3. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato comenzará a regir a partir del **01/08/2025** y se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un (1) año, salvo notificación en contrario por cualquiera de las partes con una antelación mínima de treinta (30) días corridos, efectuada por medio fehaciente.

[Escriba aquí]





Escaneado con CamScanner

4. HONORARIOS Y FORMA DE PAGO

EL CONSERVADOR abonará a EL CONTRATISTA la suma mensual de **$155.100,00, (PESOS: Ciento cincuenta y cinco mil), IVA 21% incluido**, pagadera **mensualmente (mes vencido)** entre los días 1 y 10 de cada mes.

Este importe contempla exclusivamente las tareas de mantenimiento e insumos para su realización de lo descrito en la cláusula 2. No incluye reparaciones, mano de obra adicional, ni reposición de piezas.

El precio será ajustado trimestralmente conforme a la variación del **Índice de Precios al Consumidor (IPC)** publicado por el INDEC.

---

5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Obligaciones de EL CONTRATISTA:

- Cumplir con los servicios pactados en tiempo y forma. (Mantenimiento del 01 al 10 de cada mes) y (Tiempo máximo de 2 (dos) horas para atención de reclamos)
- Asegurar la calidad técnica y profesional del trabajo.
- Contar con personal calificado y equipos adecuados.
- Cumplir con todas las normas laborales, de seguridad y salud vigentes.
- Contratar los seguros correspondientes (ART, responsabilidad civil, etc.).
- Mantener informado a EL CONSERVADOR sobre novedades técnicas, incidentes o servicios realizados.

Obligaciones de EL CONSERVADOR:

- Proporcionar toda la información y elementos necesarios para la correcta prestación del servicio.
- Pagar los honorarios en tiempo y forma.
- Supervisar la ejecución del contrato.

---

6. CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA se compromete a mantener absoluta confidencialidad sobre toda información técnica, comercial o de cualquier otra índole a la que acceda en el marco de la prestación de los servicios, tanto durante la vigencia del contrato como con posterioridad a su finalización.





Escaneado con CamScanner

7. RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes en cualquier momento, con aviso previo y fehaciente de al menos **treinta (30) días**. También podrá resolverse en forma inmediata ante el incumplimiento grave de cualquiera de las cláusulas pactadas.

---

8. INDEMNIDAD

EL CONTRATISTA será **único responsable** por el cumplimiento de las leyes laborales, previsionales y de seguridad social aplicables a su personal, sean empleados en relación de dependencia o monotributistas.

EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a EL CONSERVADOR y a los clientes de este por cualquier reclamo, acción o demanda judicial o extrajudicial de naturaleza laboral, sindical, civil o penal que pudiera originarse como consecuencia directa o indirecta de su accionar o del accionar de su personal.

---

9. DOMICILIOS Y JURISDICCIÓN

Las partes fijan como domicilios los indicados en el encabezado del presente contrato, donde serán válidas todas las notificaciones. Para cualquier divergencia derivada del presente contrato, las partes se someten a la **jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 31 días del mes de julio de 2025.

Por EL CONSERVADOR:	**Por EL CONTRATISTA:**
Nombre: De Luca Roxana Beatriz	Nombre: _____
DNI 22.185.993	DNI/CUIT: 12.032.794.
Cargo: Socia Gerente	Cargo: _____
Firma:	Firma:

ASCENSORES INGER S.A.
Norberto H. Rachow
Director

[Escriba aquí]

Escaneado con CamScanner

Impreso el dia 06-08-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-06-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	11-07-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO GRAL GREGORIO ARAOZ DE LAMADRID N* 470
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2001
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS TOTALES
010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL	$ 57,140,160.00

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
71	CUIL 20379021930	ACOSTA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20352219542	AGUILERA FABIAN EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
134	CUIL 27261609237	ALFAYATE JORGELINA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
163	CUIL 20472890884	ALTAMIRANO CARLOS EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
143	CUIL 20275130223	ALTAMIRANO CARLOS EMILIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
61	CUIL 20353728408	ALTAMIRANO CATRIEL IVAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
55	CUIL 20306957989	ALVARES GABRIEL OSCAR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
159	CUIL 27463702301	ARGUELLO ORIANA LUDMILA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
166	CUIL 20354574188	ARNAL JONATAN RUBEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
76	CUIL 27148310683	BURIANI GRISELDA CARMEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
148	CUIL 20453462383	CHAPIRE AARON SAHIR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
42	CUIL 20163429633	FAURA HORACIO RAUL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
167	CUIL 20355832229	FERNANDEZ SANTIAGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
168	CUIL 27352908725	GIACOMINI SOFIA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
144	CUIL 20434243034	GOMEZ MATIAS HERNAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
117	CUIL 20355852378	LEONES SERGIO IGNACIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
164	CUIL 20290473692	LIMIA WALTER ALEJANDRO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
161	CUIL 20249872130	MARRONE OMAR EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
157	CUIL 20390491566	MEDINA LUCIANO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
147	CUIL 20338479248	ORTEGA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
124	CUIL 27249182546	PATTA JULIETA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
44	CUIL 20182974022	PE AS MARCELO HUGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
165	CUIL 20304884097	POGGI NESTOR GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 20306852362	PRECIDENTE GERARDO EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
150	CUIL 27464944449	SALCEDO ELEA DAMARIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
66	CUIL 20369912888	SALTO PABLO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
46	CUIL 20228897346	SCARSO EDUARDO FABIAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
162	CUIL 20261437407	SOLARI JORGE MARTIN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
78	CUIL 27240188770	STANGAFERRO FLORENCIA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
114	CUIL 27229296421	STANGAFERRO VERONICA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
139	CUIL 20206741091	UBALDO PABLO MIGUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
160	CUIL 20403665437	VAZ FEDERICO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
45	CUIL 20184911907	VIGNANDO GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
103	CUIL 20389799395	YAHN RICARDO LUIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
145	CUIL 20398163975	ZEBALLOS IVAN ANDRES	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales

Cantidad: 35

CUIP: 0726203004000000000000000000017497690000000000115307014952805-10000010477200000000693120128

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 06 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 107465

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

Impreso el dia 01-09-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-07-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
334	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	12-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO LAMADRID N* 470 P 1 DTO 9
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2000
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* **RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):** — **SUMAS ASEGURADAS TOTALES**

010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL — $ 58,772,736.00

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
71	CUIL 20379021930	ACOSTA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20352219542	AGUILERA FABIAN EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
134	CUIL 27261609237	ALFAYATE JORGELINA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
163	CUIL 20472890884	ALTAMIRANO CARLOS EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
143	CUIL 20275130223	ALTAMIRANO CARLOS EMILIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
61	CUIL 20353728408	ALTAMIRANO CATRIEL IVAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
55	CUIL 20306957989	ALVARES GABRIEL OSCAR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
159	CUIL 27463702301	ARGUELLO ORIANA LUDMILA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
166	CUIL 20354574188	ARNAL JONATAN RUBEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
76	CUIL 27148310683	BURIANI GRISELDA CARMEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
148	CUIL 20453462383	CHAPIRE AARON SAHIR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
42	CUIL 20163429633	FAURA HORACIO RAUL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
167	CUIL 20355832229	FERNANDEZ SANTIAGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
170	CUIL 20460385858	FLOOK SEBASTIAN EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
168	CUIL 27352908725	GIACOMINI SOFIA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
144	CUIL 20434243034	GOMEZ MATIAS HERNAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
117	CUIL 20355852378	LEONES SERGIO IGNACIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
164	CUIL 20290473692	LIMIA WALTER ALEJANDRO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
161	CUIL 20249872130	MARRONE OMAR EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
157	CUIL 20390491566	MEDINA LUCIANO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
169	CUIL 20398147732	MILLO SEBASTIAN ARIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
124	CUIL 27249182546	PATTA JULIETA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
44	CUIL 20182974022	PEÑAS MARCELO HUGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
165	CUIL 20304884097	POGGI NESTOR GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 20306852362	PRECIDENTE GERARDO EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
150	CUIL 27464944449	SALCEDO ELEA DAMARIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
66	CUIL 20369912888	SALTO PABLO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
46	CUIL 20228897346	SCARSO EDUARDO FABIAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
162	CUIL 20261437407	SOLARI JORGE MARTIN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
78	CUIL 27240188770	STANGAFERRO FLORENCIA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
114	CUIL 27229296421	STANGAFERRO VERONICA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
139	CUIL 20206741091	UBALDO PABLO MIGUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
160	CUIL 20403665437	VAZ FEDERICO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
45	CUIL 20184911907	VIGNANDO GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
103	CUIL 20389799395	YAHN RICARDO LUIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
145	CUIL 20398163975	ZEBALLOS IVAN ANDRES	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales

Cantidad: 36

CUIP: 0726203004000000000000000000017497690000000000215307014952804-10000010477200000000693120128

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 01 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 107465

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	VIDA OBLIGATORIO	PRODUCTO	SCVO DECRETO 1567/74	PÓLIZA	17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-07-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
334	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	12-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO LAMADRID N* 470 P 1 DTO 9
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2000
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695



Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

cláusula de no repetición

Nro de Operación 6765551

Contrato de afiliación: Nro. 258938
Asegurado: ASCENSORES DELTA
Nro. CUIT: 30-70149528-0
Nro. PD: 4477450

Consta por la presente que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra la/s empresa/s o persona/s que se mencionan más abajo, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39 apartado 5, de la ley N° 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex-dependiente del Asegurado amparados por la cobertura del Contrato de afiliación, por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta cláusula de no repetición cesará en sus efectos si la/s empresa/s o persona/s mencionadas, a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, su Decreto Reglamentario N° 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, las Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Consta asimismo que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. se obliga a comunicar a la/s empresa/s o persona/s mencionadas en forma fehaciente, los incumplimientos al contrato en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término del mismo, dentro de los trece (13) días verificados.

EMPRESA/S O PERSONA/S A FAVOR DE LA/S CUAL/S SE EMITE LA PRESENTE:

BBVA

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/10/2024 **Hasta el:** 30/09/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 281600 - FABRICACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE ELEVACIÓN Y MANIPULACIÓN

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 01/09/2025 13:58:30

Agencia: 3986 - GRUPO R. B. PRODUCTORES ASESORES DE SEGU
Localidad: ROSARIO-SFE

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.
GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que regulan la inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

CONOPE

ADMINISTRACION FEDERAL

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	30-70149528-0
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2024	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	31
Suma de Rem. 1:	27.536.104,53
Suma de Rem. 2:	27.536.104,53
Suma de Rem. 3:	27.536.104,53
Suma de Rem. 4:	27.536.104,53
Suma de Rem. 5:	27.536.104,53
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	27.536.104,53
Suma de Rem. 9:	27.536.104,53
Suma de Rem. 10:	23.364.410,12

Apellido y Nombre o Razón Social:

ASCENSORES DELTA SA

Nro. Verificador: 634454

Domicilio Fiscal: LAMADRID 470 P.B. 9 ROSARIO SUD

V 46

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	3.404.494,18
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**3.404.494,18**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	4.417.638,47
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	0,00
	Subtotal contribuciones S.S.	4.417.638,47
	Contribuciones S.S. SIPA	2.487.680,77
	Contribuciones S.S. No SIPA	1.879.631,96
	Retenciones	50.325,74
	Contribuciones S.S. a pagar	**4.367.312,73**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	600.793,09
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**600.793,09**
b1 -	Total de contribuciones	1.201.586,17
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	1.201.586,17
	Retenciones	13.689,56
	Contribuciones O.S. a pagar	**1.187.896,61**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	64.015,30
Total retenciones	64.015,30
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	50.325,74
Retenciones aplicadas a Obra Social	13.689,56
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	31	27.094,00
Remun. con ART	27.536.104,53	2.106.512,00
L.R.T. total a pagar		**2.133.606,00**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	31 - 5.452,59
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**5.452,59**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00

Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 196.103,04

Pago a Cuenta Dec. 394: 227.483,28

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**0,00**	302 - Aportes de Obra Social	**600.793,09**
351 - Contribuciones S.S. SIPA	**2.260.197,49**	351 - Contribuciones S.S. No SIPA	**1.879.631,96**
301 - Aportes de Seguridad Social	**3.404.494,18**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**2.133.606,00**
352 - Contribuciones de Obra Social	**1.187.896,61**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**5.452,59**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

Presentación de DJ por Internet

Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-12358545-4**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	183513
Cantidad de registros:	142

Fecha de Presentación:	2025-08-06 Hora: 06:50:08
Nro. de Transacción:	1110928172
Código de Control:	rZl#Mf
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20123585454.fecha.20250806.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)

[46888a376274f216dc37cc070103851e]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312012358545400030107251

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., autorizada a afiliar en todo el país con los alcances establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 por Resolución Nº 24404/96 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución Nº 103/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, certifica que el empleador BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 con domicilio en calle CNEL MANUEL DORREGO 5758, SANTA FE, tiene emitido un Contrato de Afiliación registrado bajo el número 114708 en los términos de la Ley Nº 24.557 sus decretos y leyes complementarias y reglamentarias, cuya vigencia se extiende entre el 01/08/2025 y el 31/07/2026 amparando su personal en relación de dependencia, cuya nómina se detalla abajo.

El presente certificado se extiende a pedido del afiliado en Sunchales (SF), el día 1 de septiembre de 2025, para ser presentado ante quien corresponda, y por el término de 30 días, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del plazo indicado.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO AL 01/09/2025

EMPRESA	CONTRATO	PÓLIZA
BERTOSSI OSCAR EDUARDO	114708	2185301

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre	Condición
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	Régimen General
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO	Régimen General
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA	Régimen General
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN	Régimen General
20316284788	5	FIORANO HERNAN	Régimen General
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON	Régimen General
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO	Régimen General
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO	Régimen General

TOTAL DE EMPLEADOS 8

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S. A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A. - CUIT: 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el art. 39.5 de la Ley Nº 24.557, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de BERTOSSI OSCAR EDUARDO, alcanzados por la cobertura del contrato de afiliación Nº 114708 por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo en la medida que el empresario comitente a favor de quien se emite la presente cumpla con la clasificación en el tercer nivel según lo estipulado por el artículo segundo inciso c del decreto 170/1996.

Esta cláusula cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley 19.587, su decreto reglamentario N° 351/79 y las normas que sobre el particular haya dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias en el ámbito de su competencia.

Se extiende la presente en Sunchales (SF), 1 de Septiembre de 2025.

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

SANCOR SEGUROS

CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN

Seguro Colectivo de Vida Contrato de Trabajo - Ley 20.744

Certificamos que la empresa BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 posee un Seguro Colectivo de Vida Contrato de Trabajo - Ley 20.744 - Nro. de Póliza: 1027417 - Referencia: 691117, contratado con Sancor Coop. de Seguros Ltda., con vigencia desde el 01/11/2024 hasta el 01/11/2025. Las personas que se detallan más abajo se encuentran incluidas en la nómina del personal en relación de dependencia, y por lo tanto asegurados en la póliza citada.

A solicitud de la parte interesada, se extiende el presente en Sunchales (SF), a los 1 días del mes de septiembre de 2025, con una validez de 30 días a partir de esta fecha.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO

EMPRESA

BERTOSSI OSCAR EDUARDO

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN
20316284788	5	FIORANO HERNAN
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO

Total de empleados 8

Alejandro Simón
Gerente General
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.

SANCOR SEGUROS

CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Régimen General - Decreto Ley 1567/74

Certificamos que la empresa BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 posee un Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Régimen General - Decreto Ley 1567/74 - Nro. de Póliza: 2716226 - Referencia: 2672049, contratado con Sancor Coop. de Seguros Ltda., con vigencia desde el 01/07/2025 hasta el 01/07/2026. Las personas que se detallan más abajo se encuentran incluidas en la nómina del personal en relación de dependencia, y por lo tanto asegurados en la póliza citada.

A solicitud de la parte interesada, se extiende el presente en Sunchales (SF), a los 1 días del mes de septiembre de 2025, con una validez de 30 días a partir de esta fecha.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO

EMPRESA

BERTOSSI OSCAR EDUARDO

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN
20316284788	5	FIORANO HERNAN
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO

Total de empleados 8

Alejandro Simón
Gerente General
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	20-12358545-4
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	8
Suma de Rem. 1:	8.039.497,20
Suma de Rem. 2:	8.039.497,20
Suma de Rem. 3:	8.039.497,20
Suma de Rem. 4:	8.477.191,70
Suma de Rem. 5:	8.039.497,20
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	8.477.191,70
Suma de Rem. 9:	8.226.997,20
Suma de Rem. 10:	7.986.969,60

Apellido y Nombre o Razón Social:

OSCAR EDUARDO BERTOSSI

Nro. Verificador: 183513

Domicilio Fiscal: DORREGO 5758 SANTA FE V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	1.163.676,97
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**1.163.676,97**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	1.513.949,26
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	1.512.149,26
	Retenciones	27.188,45
	Contribuciones S.S. a pagar	**1.484.960,81**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	216.168,39
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**216.168,39**
b1 -	Total de contribuciones	432.336,77
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	432.336,77
	Retenciones	7.773,88
	Contribuciones O.S. a pagar	**424.562,89**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	34.962,33
Total retenciones	34.962,33
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	27.188,45
Retenciones aplicadas a Obra Social	7.773,88
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	8	11.360,00	
Remun. con ART	8.226.997,20	872.061,70	
L.R.T. total a pagar			**883.421,70**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	8 - 2.677,44
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**2.677,44**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00 Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 52.527,60

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**1.484.960,81**	302 - Aportes de Obra Social	**216.168,39**
301 - Aportes de Seguridad Social	**1.163.676,97**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**883.421,70**
352 - Contribuciones de Obra Social	**424.562,89**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**2.677,44**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

DECLARACIÓN EN LÍNEA
CONSULTA DE NÓMINA DE DECLARACIONES JURADAS PRESENTADAS

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	20250153245	20261207037	20284154690	20291139222
Apellido y Nombre	ALFREDO ATANASIO SOSA	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	BARCELO HERNAN GONZALO	MARTIN SEBASTIAN BERTOSSI
Obra Social	112103	112103	112103	112103
Corresponde Reducción?	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O?	Si	Si	Si	Si
Situación	1	1	1	1
Condición	1	1	1	1
Actividad	049	049	049	049
Modalidad de Contrato	8	8	8	8
Código de siniestrado	0	0	0	0
Localidad	72	72	72	72
% de Reducción	0	0	0	0
Cónyugue	No	No	No	No
Hijos	00	00	00	00
Adherentes	00	00	00	00
Remuneración Total	1.195.378,50	1.104.652,10	922.078,19	1.159.088,18
Remuneración 1	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 2	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 3	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 4	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 5	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 6	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 9	1.195.378,30	1.104.651,30	922.077,40	1.159.087,50
Remuneración 10	1.163.374,62	1.072.647,62	890.073,72	1.127.083,82
Conceptos no remun.	25.000,20	25.000,80	25.000,79	25.000,68
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional	125.295,45	115.524,15	95.860,94	121.386,93
Contribución PAMI	18.497,66	17.055,10	14.152,17	17.920,63
Contrib. Tarea Dif.	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	10.935,72	10.082,89	8.366,69	10.594,59
Contribución ANSSAL	10.533,40	9.716,86	8.073,70	10.206,79
Contribución Asig. Familiares	54.678,61	50.414,44	41.833,46	52.972,94
Total Contribuciones SS	219.940,84	202.793,44	168.286,96	213.081,88
Contribución RENATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional	128.741,61	118.761,64	98.678,51	124.749,63
Aporte PAMI	35.111,35	32.389,54	26.912,32	34.022,63
Aporte Adicional SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL	5.266,70	4.858,43	4.036,85	5.103,39
Decreto 788/05	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS	169.119,66	156.009,61	129.627,68	163.875,65
Contribución OS	59.689,29	55.062,22	45.750,95	57.838,46
Contribución Adicional OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	59.689,29	55.062,22	45.750,95	57.838,46
Aporte OS	29.844,65	27.531,11	22.875,47	28.919,23
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS	29.844,65	27.531,11	22.875,47	28.919,23

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	20296187381	20316284788	24246709153	27272377907
Apellido y Nombre	MATIAS FEDERICO GALIANO	HERNAN FIORANO	SERGIO RAMON FIORANO	GISELA VANINA BERTOSSI
Obra Social	112103	112103	112103	121705
Corresponde Reducción?	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O?	Si	Si	Si	Si
Situación	1	1	1	1
Condición	1	1	1	1
Actividad	049	049	049	049
Modalidad de Contrato	8	8	8	1
Código de siniestrado	0	0	0	0
Localidad	72	72	72	72
% de Reducción	0	0	0	0
Cónyugue	No	No	No	No
Hijos	00	00	00	00
Adherentes	00	00	00	00
Remuneración Total	1.131.869,63	1.150.015,43	1.113.724,28	450.194,74
Remuneración 1	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 2	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 3	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 4	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	875.389,00
Remuneración 5	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 6	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	875.389,00
Remuneración 9	1.131.869,40	1.150.014,80	1.113.724,00	450.194,50
Remuneración 10	1.099.865,72	1.118.011,12	1.081.720,32	434.192,66
Conceptos no remun.	25.000,23	25.000,63	25.000,28	12.500,24
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional	118.455,54	120.409,80	116.501,28	46.762,55
Contribución PAMI	17.487,86	17.776,38	17.199,35	6.903,66
Contrib. Tarea Dif.	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	10.338,74	10.509,30	10.168,17	4.081,41
Contribución ANSSAL	9.961,82	10.125,13	9.798,52	7.878,50
Contribución Asig. Familiares	51.693,69	52.546,52	50.840,86	20.407,06
Total Contribuciones SS	207.937,65	211.367,13	204.508,18	86.033,18
Contribución RENATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional	121.755,63	123.751,63	119.759,64	48.146,40
Aporte PAMI	33.206,08	33.750,44	32.661,72	13.130,84
Aporte Adicional SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL	4.980,91	5.062,57	4.899,26	3.939,25
Decreto 788/05	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS	159.942,62	162.564,64	157.320,62	65.216,49
Contribución OS	56.450,34	57.375,75	55.524,92	44.644,84
Contribución Adicional OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	56.450,34	57.375,75	55.524,92	44.644,84
Aporte OS	28.225,17	28.687,88	27.762,46	22.322,42
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS	28.225,17	28.687,88	27.762,46	22.322,42

DECLARACIÓN EN LÍNEA
CONSULTA DE NÓMINA DE DECLARACIONES JURADAS PRESENTADAS

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	Suma Totales
Apellido y Nombre	-
Obra Social	-
Corresponde Reducción?	-
Con Cobertura S.C.V.O?	-
Situación	-
Condición	-
Actividad	-
Modalidad de Contrato	-
Código de siniestrado	-
Localidad	-
% de Reducción	-
Cónyugue	-
Hijos	-
Adherentes	-
Remuneración Total	8.227.001,05
Remuneración 1	8.039.497,20
Remuneración 2	8.039.497,20
Remuneración 3	8.039.497,20
Remuneración 4	8.477.191,70
Remuneración 5	8.039.497,20
Remuneración 6	0,00
Remuneración 7	0,00
Remuneración 8	8.477.191,70
Remuneración 9	8.226.997,20
Remuneración 10	7.986.969,60
Conceptos no remun.	187.503,85
Asig. Familiares Pagadas	0,00
Contribución Previsional	860.196,64
Contribución PAMI	126.992,81
Contrib. Tarea Dif.	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00
Fondo Nac. de Empleo	75.077,51
Contribución ANSSAL	76.294,72
Contribución Asig. Familiares	375.387,58
Total Contribuciones SS	1.513.949,26
Contribución RENATRE	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00
Aporte Previsional	884.344,69
Aporte PAMI	241.184,92
Aporte Adicional SS	0,00
Aporte ANSSAL	38.147,36
Decreto 788/05	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00
Total Aportes SS	1.163.676,97
Contribución OS	432.336,77
Contribución Adicional OS	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00
Total Contribuciones OS	432.336,77
Aporte OS	216.168,39
Aporte Adicional de OS	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00
Total Aportes OS	216.168,39

SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

CERTIFICADO DE COBERTURA

Por medio de la presente certificamos que la firma Bertossi Oscar Eduardo posee en esta cooperativa un Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Ley 1567/74 - Nro. de póliza: 2716226 - referencia 2672049, con vigencia desde el 01/07/2025 hasta 01/07/2026, cuya nómina se detalla abajo.
A solicitud de la parte interesada se extiende el presente en Sunchales (SF) a los 05 días del mes de agosto de 2025.
Este certificado tendrá validez siempre que se haya realizado la presentación correspondiente en AFIP.

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2672049	**2716226**	**1**	1720	1	101895	220330	6/6/2025	300	VOR002672049	DNI 12.358.545 Bertossi Oscar Eduardo

ASEGURADO			BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	ORIGEN	DESDE	HASTA
DNI 26.120.703	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	47	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 28.415.469	BARCELO HERNAN GONZALO	44	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 27.237.790	BERTOSSI GISELA VANINA	45	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 29.113.922	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN	43	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 31.628.478	FIORANO HERNAN	39	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 24.670.915	FIORANO SERGIO RAMON	49	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 29.618.738	GALIANO MATIAS FEDERICO	42	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 25.015.324	SOSA ALFREDO ATANASIO	49	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026

Cantidad de adherentes: 8

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

CASA CENTRAL: Av. Independencia 333 | 2322 Sunchales | Sta. Fe - Argentina | Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151) | Fax (03493) 800-888-2850

mercado pago

Comprobante de pago
#121204824578

Pagaste a

ARCA

Total pagado

$ 77.778,95

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 77.778,95
Total pagado	$ 77.778,95

Pagador	Fecha de pago
Oscar	06/08/2025 08:33:30

POR CUENTA Y ORDEN BANCO INDUSTRIAL S.A.(322) - SUCURSAL :1010

TIPO DE IMPUESTO: AUTONOMO
FORMULARIO: 1108
CUIT: 20123585454
PERIODO FISCAL: 202507
IMPORTE TOTAL PAGADO: $77778.95
CATEGORIA: 202

La acreditación puede tardar hasta 48 horas, siempre se respeta la fecha en que pagaste el servicio. Para más información ingresá en https://www.mercadopago.com.ar/ayuda/pago-de-servicios_4874 y consultá las preguntas frecuentes.

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000012801153000000000179172012358545 48-10000045770100000457701209 86

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo DNI: 12358545
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Asegurado
Bertossi Oscar Eduardo DNI: 12358545
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario
VIRGOLINI ANA MARIA DNI: 11453570
CNEL M DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario
CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. CUIT: 30-50577985-8
CALCHINES 1401
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA CUIT: 30-50004946-0
RN 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
PREVENCION ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. CUIT: 30-68436191-7
RUTA NAC 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
Fundacion Grupo Sancor Seguros CUIT: 33-71059397-9
RN 34
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
EMPRESA PROVINCIAL DE LA ENERGIA DE SANTA FE CUIT: 30-54578816-7
FRANCISCO MIGUENS 260 PISO 05 T 2 0
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA CUIT: 30-50004946-0
RN 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
PREVENCION ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. CUIT: 30-68436191-7
RUTA NAC 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
BANCO MACRO SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50001008-4
AVDA DR EDUARDO MADERO 1182
1106 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ALIANZA SERVICIOS SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-71479329-9
AVDA INDEPENDENCIA 333
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 0224201002000000000000000000128011530000000001791720123585454 8-10000045770100000457701209 86

Tercero c/Cláus. no Repetición
NUEVO PUERTO SANTA FE S.A. CUIT: 30-70975365-3
DIQUE 1 PUERTO DE SANTA FE 0
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. CUIT: 30-50577985-8
CALCHINES 1401
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
FUJITEC ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-57509611-1
AVDA MANUEL BELGRANO 884
1092 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
Fundacion Grupo Sancor Seguros CUIT: 33-71059397-9
RN 34
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT: 30-50000319-3
AV CORDOBA 111 PISO 27 0
1054 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Integro Max

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 :

Bertossi Oscar Eduardo
Profesión o actividad que desempeña: 9 - Servicios Comunales, Sociales y Personales
Clasificación: Servicios de reparación no clasificados en otra parte

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte e Invalidez Permanente Total y/o Parcial por Accidente**	**$ 115.000.000,00**
• **Asist. Médica Farmacéutica**	**$ 29.000.000,00**
• **Gastos de Sepelios**	**$ 1.632.576,00**

- **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**
  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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 0224201002000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000457701209 86

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.

ENDOSO
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA COBERTURA
-Alcance de Cobertura:
-Se deja expresamente aclarado que se excluyen los accidentes "IN-ITINERE".
EDADES ASEGURABLES PARA LA COBERTURA BÁSICA
-Edad mínima de ingreso: 4
-Edad máxima de ingreso: 80
-Edad máxima de permanencia: 81

BENEFICIARIOS:

1)- El presente seguro cubre los accidentes que sufra la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y por las indemnizaciones especificadas en las mismas mientras permanezca al servicio de las Personas y/o Empresas mencionadas más abajo, o mientras tengan un interés económico licito sobre su vida o salud.
2)- Se instituye beneficiario en primer término a estar personas o empresas, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación.

CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. (J30-50577985-8)

a) - Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en la Condiciones Particulares de la misma.
b) - Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico licito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.
3)- Previa citación, para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond. Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond Especif (Condiciones Específicas)**

Conforme Cláusulas:
- Fallecimiento (Nro. 1)
- Inv.Permanente Parcial y Total (Nro. 2)
- Asistencia Médico Farmacéutica (Nro. 3)
- Gastos de Sepelio (Nro. 4)
- 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)

Continúa en la próxima página

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
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 022420100200000000000000000012801153000000000179172012358545480-10000045770100000045770120986

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.
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.

- **Cond Particu (Condiciones Particulares)**

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.

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000045770120986

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.

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.

- **Anexo 9 (Clausula Cobranza del Premio)**
- **No Repet (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.

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**

Anexo de Terrorismo, Guerra, Guerra Civil, Rebelión, Insurrección o Revolución y Conmoción.

Se deja expresa constancia que a partir de la fecha indicada como inicio de vigencia de la presente modificación, las sumas aseguradas,

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 022420100200000000000000000012801153000000000179172012358545 48-10000045770100000045770120986

coberturas y demás condiciones de contratación quedan modificadas de acuerdo a lo indicado precedentemente y reemplazan las condiciones emitidas en fecha anterior.

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 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.

La presente se extiende en Sunchales (SF) el 05-08-2025 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.

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador

Bertossi Oscar Eduardo

CNEL MANUEL DORREGO 5758

3000 Santa Fe (Santa Fe)

Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**

Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000457701209 86

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

- **GAGLIARDI ALEJANDRO DANIEL (Matr. 45770) (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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

GARCES HERNAN HECTOR CUIT: ***20-18335817-1***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T2 Cat II Ingresos desde $20.001	09-2017
GANANCIAS PERSONAS FISICAS	05-1994
IVA	11-1998
REG. SEG. SOCIAL EMPLEADOR	06-2017

****

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.

Esta constancia no da cuenta de la inscripción en:

- Impuesto Bienes Personales y Exteriorización - Ley 26476: de corresponder, deberán solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Impuesto a las Ganancias: la condición de exenta, para las entidades enunciadas en los incisos b), d), e), f), g), m) y r) del Art. 20 de la ley, se acredita mediante el "Certificado de exención en el Impuesto a las Ganancias" - Resolución General 2681.

- Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Responsable Deuda Ajena Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal:	*432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.*	Mes de inicio: *11/2013*
Secundaria(s):	*432910 (F-883) INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS*	Mes de inicio: *11/2013*

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - AFIP

VELEZ SARFIELD 4234
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

Vigencia de la presente constancia: ***28-11-2024*** a ***28-12-2024***

Hora **15:36:36** Verificador **101211874840**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP **http://www.afip.gob.ar**.

CONSTANCIA DE COBERTURA

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

Constancia Nro.: 5360679

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

Póliza N° : 2180215357806 Vigencia desde el 18/09/2024 hasta el 18/09/2025.

Tomador:	GARCES, HERNAN HECTOR
CUIT/CUIL/DU:	20183358171
Plan:	AP ASISTENCIAL - 30.000.000 - IN ITINERE
Moneda de la póliza:	PESOS
Vidas vigentes:	1
Coberturas:	ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $2,000,000
	MUERTE E INCAPACIDAD - $30,000,000
	ASISTENCIA PRESTACIONAL - $8,000,000
Franquicia AMF:	$2000
Límite de altura:	15 METROS

NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO

Documento	Apellido y Nombre
DU 18335817	GARCES HERNAN HECTOR

Cantidad Total de Asegurados: 1

Se deja constancia que, las coberturas caducarán a partir del momento en que el asegurado cumpla la edad de 75 años.

Cláusula de No Repetición

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT 30500003193sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Endoso de Beneficiario Preferente

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT/DNI 30500003193. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

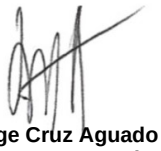
La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 13/08/2025, para ser presentada ante quien corresponda.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-20063163-4
GOMEZ FABIAN RICARDO
RIVADAVIA 2145
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

D

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 09-08-2004

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(INSCRIPCIÓN DE OFICIO)

FECHA DE INICIO: 01-06-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - OLAVARRIA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.

Vigencia de la presente constancia: **13-08-2025 a 12-09-2025** Hora **13:59:22** Verificador **206222107398**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA CCMA

CERRAR SESION | CUENTA CORRIENTE | CONSULTAS VARIAS

CUIT: **20-20063163-4**

Tipo de Contribuyente: **MONOTRIBUTISTA**

13/8/2025 - 14:13

Apellido y Nombre: **GOMEZ, FABIAN RICARDO**

Domicilio: **RIVADAVIA 2145 - OLAVARRIA - 1**

Dependencia: **DISTRITO OLAVARRIA**

CONSULTA DE SALDOS

PERIODO DESDE 072025 **Consultar**

PERIODO HASTA 072025

FECHA DE CONSULTA 13/08/2025

Periodo	Saldo Acumulado	Tipo de Contribuyente	Estado del Contribuyente
07/2025	0.00	MONOTRIBUTO	**SALDADO**

PAGINA PRINCIPAL **IMPRIMIR**

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-32643676-4
CITATTI ACUÑA RODOLFO LEONARDO
CORTES 4094
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

A

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 21-04-2009

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

NA

(NO ALCANZADO POR EXCLUSIÓN POR TRÁMITE)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - OLAVARRIA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.

Vigencia de la presente constancia: **13-08-2025 a 12-09-2025** Hora **14:02:25** Verificador **209347936799**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

MAPFRE

Garces Hernan Hector
Velez Sarsfield 4238

(7400) Olavarria-Buenos Aires

3 / 12 / 109-2243013-16 / 0000 - T
9903-TRUJILLO CAROLINA

R16556

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza depositada en **MAPFRE** al renovar su póliza.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará toda la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluídos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE** , nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina

Beneficios exclusivos para nuestros Clientes

MAPFRE

Porque conocemos el valor de su confianza, en MAPFRE nuestro compromiso es estar cada vez más cerca suyo, con servicios y soluciones que respondan a sus necesidades.

GESTIONES ONLINE

Web exclusiva de Clientes / clientes.mapfre.com.ar
Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP, tendrán acceso a este sitio exclusivo, para:

- Abonar cuotas y modificar formas de pago.
- Denunciar siniestros.
- Descargar certificado de circulación.
- Generar órdenes de reposición de cristales y cerraduras.
- Chequear tus pólizas.
- Adjuntar documentación de tu siniestro.
- Entre otros trámites online.

Líneas de asistencia para Clientes:

- WhatsApp para asistencia vehicular: +54 911 6299 6922
- WhatsApp para consultas y denuncias de siniestros: +54 911 2332 0911
- Contact Center: 0800 999 7424

ATENCIÓN PERSONALIZADA

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas** comerciales. Además, contamos con centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

DENUNCIAS ÁGILES DE SINIESTROS

Ante la ocurrencia de un siniestro, cuenta con los siguientes canales disponibles para realizar su denuncia con agilidad:

- Web de Clientes: clientes.mapfre.com.ar
- Web de Terceros: terceros.mapfre.com.ar
- WhatsApp: +54 911 2332 0911

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA CLIENTES / tecuidamos.mapfre.com.ar

MAPFRE teCuidamos es el Programa de Beneficios exclusivo para nuestros clientes. Descuentos en el cuidado del auto (alineación, balanceo, lubricentro, revisión y lavado) y hogar, son algunos de los beneficios disponibles a los cuales todo cliente de MAPFRE puede acceder presentando simplemente una copia de su póliza y DNI.

Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante https://clientes.mapfre.com.ar para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera (UIF)**.

R174/65

MAPFRE

ES COPIA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

REEMPLAZA POLIZA 212469812

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: C.M. 902-029830-8
C.U.I.T.: 33-70089372-9

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000224301312000000000000020183358171 1-10000074034100000777 18011017
CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706
OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0800-999-7424

CONDICIONES AP ASISTENCIAL 30.000.000 - IN ITINERE

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR C.U.I.T. 20-18335817-1 IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238 REF.:012/2243013/000 T
OBSERVACIONES: C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ACTIVIDAD.....: 670 - MONTADOR DE ASCENSORES
CATEGORIA.....: 3

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS: 2
PERIODO FACTURADO.....: 27/06/2025 AL 27/06/2026
MONEDA DEL CONTRATO.....: PESOS

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100 CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400 CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:

*** EX-AP * CGC-AP * CGE-AP * CGE-AP 100 * CGE-AP 200 * CGE-AP 400 * CC-AP * CE-AP * CE-AP CL1 * CE-AP CL2 * CE-AP CL5 * CE-AP CL11 * CP-AP * CP-AP CL14 * CP-AP CL22 * CP-AP CL5 * CP-AP CL11 * CP-AP CL18 * CP-AP CL19 * CP-AP CL32 * CP-AP CL1 * CP-AP CL9 * CP-AP CL13 * CP-AP CL35 * CP-AP CL36 * CP-AP CL30 ***

R17512

DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA

PRIMA	$	368.601,14
Recargo Financiero (*)	$	25.691,50
IMPUESTOS Y SELLADOS	$	14.194,54
IVA Tasa Básica	$	82.801,45
*** PREMIO TOTAL	$	491.288,63
(*)T.E.A.	%	16,08
Base Imponible IVA	$	394.292,64

PLAN DE PAGOS

VER ANEXO ADJUNTO

Las cuotas seran debitadas de la tarjeta VISA
**********9318

IMPORTANTE: PARA DESCARGAR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO PUEDE INGRESAR A WWW.MAPFRE.COM.AR/VIDA-ONLINE

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se considerarán indistintamente según corresponda.
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
- Solamente las cláusulas y/o artículos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A - Anexo R407**

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

9903 TRUJILLO CAROLINA
12236 ROUTABOUL PABLO MARTIN

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.
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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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.

MAPFRE

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA: 109-02243013-16

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	27/06/2025	$	41.121,00
	27/07/2025	$	40.924,33
	27/08/2025	$	40.924,33
	27/09/2025	$	40.924,33
	27/10/2025	$	40.924,33
	27/11/2025	$	40.924,33
	27/12/2025	$	40.924,33
	27/01/2026	$	40.924,33
	27/02/2026	$	40.924,33
	27/03/2026	$	40.924,33
	27/04/2026	$	40.924,33
	27/05/2026	$	40.924,33

R14371

MAPFRE
Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION : ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA : 109-02243013-16 ENDOSO : 0

	NOMINA DE ASEGURADOS	TIPO Y NRO. DOC.		FECHA DE NAC.
1	CITATI RODOLFO	DU	32643676	14/10/1986
2	GOMEZ FABIAN RICARDO	DU	20063163	23/07/1968

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

EX-AP EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La compañía no cubre los siguientes riesgos:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo los especificados en IV (a).

2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a) o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3. Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a), o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

6. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto IV (a) o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

7. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en servicios de transporte aéreo regular.

8. Los accidentes causados por hechos de:

- Guerra Civil
- Guerra Internacional
- Rebelión
- Sedición o motín
- Tumulto Popular
- Vandalismo
- Guerrilla
- Terrorismo
- Huelga
- Lock-out
- Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en la cláusula de Interpretación, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

Dejanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan.

9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los apartados 8 y 9, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CGC-AP CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS (ANEXO I)

I. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las de la presente póliza.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la póliza, predominarán estas últimas.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

II. DEFINICIONES.

A los efectos de ésta póliza, se entenderá con carácter general, por:

COMPAÑIA: MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, y mediante el cobro de un premio, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que celebra este contrato con la Compañía y a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 23 y 25 de la Ley de Seguros.

ASEGURADO: Persona titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden en su caso los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 24 y 26 de la Ley de Seguros.

BENEFICIARIO: Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso el Asegurado, reconoce el derecho a percibir el importe que se especifique en la Póliza.

POLIZA: Documento que, debidamente firmado contendrá las Condiciones Generales de este contrato y las demás Condiciones Particulares que identifican al riesgo de acuerdo a lo estipulado por el Art. 11 de la Ley de Seguros.

PREMIO: Precio del seguro, a cuyo pago está obligado el Tomador o en su caso el Asegurado.

SUMA ASEGURADA: Importe establecido en la Póliza, que representa el límite máximo de indemnización.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas estén cubiertas por la Póliza y que obliga, a la Compañía a resarcir ese daño o cumplir con la prestación convenida en la misma. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un sólo siniestro.

DAÑOS CORPORALES: Muertes o lesiones sufridas por personas.

ACCIDENTES: 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.

PERDIDA TOTAL: Tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del/los órgano/s lesionado/s.

PERSONAS NO ASEGURABLES: El seguro no ampara a menores de 14 años y mayores de 65.

III. BASES DEL SEGURO.

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro sobre el riesgo a asegurar y que han determinado la aceptación del mismo por parte de la Compañía, dando lugar al cálculo del premio correspondiente.
Si el contenido de la póliza difiere de las declaraciones o propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
Si el Tomador del seguro, al formular las declaraciones o completar la propuesta, incurriera en reserva, declaraciones falsas o reticencia, de circunstancias por él conocidas y que pudieran influir en la valoración del riesgo se aplicarán las reglas siguientes:

a. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 -L. de S.).

b. Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 -L. de S.).

c. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 -L. de S.).

d. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 -L. de S.).

IV. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO.

a. RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones siempre que se estipulen en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en la póliza.
Salvo las limitaciones o exclusiones establecidas en este contrato, el seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en servicios de

transporte aéreo regular.
Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y waterpolo.
Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el apartado c), inciso 2; el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

b. AMPLIACION DEL RIESGO CUBIERTO.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

V. CONCURRENCIA DE INVALIDECES.

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

VI. AGRAVACION POR CONCAUSAS.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

VII. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Asegurado deberá notificar, sin dilación a cada Compañía los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, con indicación de la Compañía y la suma asegurada.
El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

VIII. AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO.

a. El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente, después de conocerlas (Art. 38 -L.

de S.).

b. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 -L. de S.). Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 -L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- Modificación de su profesión o actividad;
- Fijación de residencia fuera del país.

c. Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 -L. de S.). Cuando la agravación resulta de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía (Art. 40 L. de S.).

d. No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

e. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho de la Compañía:

- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima, proporcional al tiempo transcurrido.

- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso no mayor de un año (Art. 41 -L. de S.).

IX. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTES.

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía del acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Art. 46 y 47 -L. de S.).
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico-racional.
El Asegurado remitirá a la Compañía cada quince días certificaciones que actualicen el pronóstico de curación. Asimismo el Asegurado deberá someterse al exámen de los médicos del Asegurador cada vez que este lo solicite.
El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 -L. de S.), sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los Beneficiarios deberán presentar:

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- En caso de muerte, la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

- En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos.
Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.

X. RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO.

El Asegurado debe comunicar a la Compañía en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

XI. REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS.

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de la Compañía al respecto, en cuanto sea razonable (Art. 150 -L. de S.).

XII. DESIGNACION DEL BENEFICIARIO.

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Compañía después del evento previsto.
Designada varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá a las cuotas hereditarias.
Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 y 146 -L. de S.).

XIII. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que este sea debidamente notificado.
Cuando la designación sea a título oneroso y la Compañía conozca dicha circunstancia, no admitirá el cambio de beneficiario.
La Compañía queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

XIV. VALUACION POR PERITOS.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación al tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince días.
Si una de las partes omitiese designar médicos dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte mas diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud y Acción Social de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes será a su respectivo cargo y los del tercero será pagados por las partes cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 - L. de S.).

XV. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE LA COMPAÑIA.

El pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren en el punto XII, el que sea posterior.
Cuando la Compañía hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50 % de la prestación estimada por la Compañía.
A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.
En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.
En caso de viaje aéreo del Asegurado y si no se tuviera noticias del avión por un período no inferior a tres meses, la Compañía hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte.
Si apareciera el Asegurado o se tuviera noticias ciertas de él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiera sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

XVI. CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

XVII. RESCISION UNILATERAL.

- Cualesquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días.Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

- Cuando el seguro rija de 12 a 12 horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario desde la hora veinticuatro.

- Si la Compañía ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo corrido.

- Si el Asegurado opta por la rescisión, la Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo

transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do. párrafo -L. de S.).

- En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por la invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

XVIII. DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES.

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 -L. de S.).

XIX. COMPUTO DE LOS PLAZOS.

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

XX. PRESCRIPCION Y JURISDICCION.

- Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el término de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 -L. de S.).

- Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

XXI. PAGO DEL PREMIO.

El premio es debido desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 -L. de S.).
En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de Cobranza del Premio autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los seguros por períodos que no excedan los 90 días el pago debe efectuarse al contado.

XXII. FACULTADES DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS.

El Productor Asesor de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta a la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;

- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- Aceptar el pago del premio si se halla en la posesión de un recibo de la Compañía. La firma puede ser facsimilar (Art. 53 TT-L. de S.).

XXIII. SEGUROS EN MONEDA EXTRANJERA.

Los pagos de las obligaciones correspondientes tanto al Asegurado como al Asegurador, deberán efectuarse en la divisa estipulada, con sujeción a las normas legales y/o reglamentarias emanadas de autoridad del régimen cambiario y vigentes en el momento del pago.

CGE-AP CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS (ANEXO II)

De las siguientes cláusulas sólo son de aplicación las que se mencionan en las Condiciones Particulares.

CGE-AP 100 RIESGO DE MUERTE

Si el accidente causare la muerte, la Compañía abonará la suma prevista para este caso. Sin embargo la Compañía reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por ese u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.
La Compañía deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte. En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé a lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedan automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando la Compañía la totalidad de la prima.

CGE-AP 200 RIESGO DE INVALIDEZ PERMANENTE

a. Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, y si esta cobertura estuviese expresamente estipulada en la póliza, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en la póliza, que corresponde de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100

PARCIAL

1. Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión normal.	40

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Sordera total e incurable de un oído.		15
Ablación de la mandíbula inferior.		50
2. Miembros Superiores:	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo.	65	52
Pérdida total de una mano.	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudo-artrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15	12
Pérdida total del pulgar.	18	14
Pérdida total del índice.	14	11
Pérdida total del dedo medio.	9	7
Pérdida total del anular o el meñique.	8	6
3. Miembros inferiores:		
Pérdida total de una pierna.		55
Pérdida total de un pie.		40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).		35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).		30
Fractura no consolidada de una rótula.		30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.		8
Acortamiento de un miembro inferior de por menos de 5 cm.		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.		8
Pérdida total del dedo gordo de un pié.		8

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Pérdida total de otro dedo del pié. 4

b. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70 % la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

c. La pérdida de la falange de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

d. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para la invalidez total permanente.

e. En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

f. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración anterior constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

g. Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

h. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA

La Compañía amplía su responsabilidad a cubrir hasta la suma prevista en la póliza el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.
La Compañía no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis en general.
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.
Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de una Compañía Aseguradora, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación de la Compañía y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
Con esta salvedad, en caso de siniestro la Compañía contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.
El Asegurado no puede pretender, en el conjunto, una indemnización que supere el monto del daño sufrido.
Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la indemnización para el caso de accidentes no producidos por el hecho o

en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
Esta cobertura quedará suspendida automáticamente y sin necesidad de comunicación al cumplir el Asegurado la edad de 75 años inclusive.

CC-AP CLAUSULA DE COBRANZA (ANEXO IV)

ARTICULO 1º

El premio de este seguro, debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de vigencia o, si el Asegurador lo aceptase en las cuotas previstas en las Condiciones Particulares (expresadas en pesos o moneda extranjera) y en las fechas de vencimiento allí señaladas.
No obstante el período de cobertura que consta en el frente de póliza, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente al del pago total del premio.
En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), el que no podrá ser inferior al total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato.
(Texto conforme Resolución Nº 21.600 del 3 de Marzo de 1992 dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación).
El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4º de la Resolución General Nº 21.523. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTICULO 2º

Vencido cualesquiera de los plazos de pago del premio indicado en las Condiciones Particulares sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de 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, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada precedentemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3º

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

ARTICULO 4º

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos suplementos de la póliza.

ARTICULO 5º

Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Contratante, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

ARTICULO 6º

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Contratante.

ARTICULO 7º

Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato o de otro que tuviera celebrado con el mismo Asegurado.

CE-AP CONDICIONES ESPECIALES (ANEXO III)

De las siguientes cláusulas indicadas a continuación sólo son de aplicación en el presente contrato de seguro las mencionadas en las Condiciones Particulares.

CE-AP CL1 SEGUROS COLECTIVOS

I. PERSONAS ASEGURABLES: Es asegurable en forma colectiva todo grupo de personas unidas por un interés común, preexistente, distinto y más importante que el de obtener un seguro. No obstante, se deja expresa constancia que esta cobertura no ampare las responsabilidades emergentes de la Ley Nro. 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y sus reglamentaciones.

II. PERSONAS ASEGURADAS: El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la presente póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan en el grupo asegurado y cumplan la condición establecida por el párrafo anterior.

III. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL2 CONTRATACION DE UN SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

I. PAGO DEL PREMIO: El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a

su cargo.

II. INTERES ASEGURABLE: El presente seguro cubre los accidentes que sufran las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y por las prestaciones especificadas en las mismas, mientras permanezcan al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

III. BENEFICIARIOS: Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
-Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
-Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.

IV. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Previa citación al Contratante, para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiario que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

V. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL5 AMPLIACION A MAYORES DE 65 AÑOS

Mediante el pago de la extraprima correspondiente, según el caso, la Compañía amplia su responsabilidad a cubrir al (los) mayor (es) de 65 años que se indican en la póliza, excluyendo de la misma la cobertura de Asistencia Médica una vez cumplidos los 70 años.

CE-AP CL11 USO DE MOTOS

Contrariamente a lo establecido en las exclusiones de cobertura (EX-AP) inciso 6 de las Condiciones Generales de la póliza, el presente seguro cubre también los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares.

CP-AP CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES

CP-AP CL14 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En los términos de la cláusula III de las Condiciones Generales Comunes, queda establecido que este contrato

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

se celebra bajo la condición de que los Asegurados se encuentran afectados al riesgo declarado y establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y que dicha afectación durara por el periodo de vigencia del presente contrato, debiendo el Tomador y/o Asegurado denunciar cualquier modificación en la actividad declarada a la Aseguradora.
En caso de violación a esta convención, de acuerdo a lo establecido en el Art. 5 de la ley 17.418, en cuanto a reticencia, los Arts. 37 y 44 de la misma ley, en cuanto a agravación de riesgo y Art. 36 de la misma, en cuanto a la caducidad por incumplimiento de cargas, el contrato podrá ser anulado o rescindido respectivamente, con los efectos legalmente previstos.

CP-AP CL22 AMBITO LABORAL CON ITINERE

Solo quedan comprendidas en la cobertura, la o las personas designadas en la nómina que forma parte integrante de este seguro, conforme a la profesión declarada a la Compañía, incluyendo el Accidente "in itinere", hasta las sumas indicadas en estas Condiciones Particulares.
Queda establecido y convenido que, contrariamente a lo estipulado en el inciso a) de la cláusula 4 de las Condiciones Generales de la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Particulares, únicamente en el caso que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún Accidente ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, siempre que dicho Accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, o causa originaria de los gastos de asistencia médico farmacéutica y que las consecuencias del Accidente se manifieste a mas tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
Además de las exclusiones previstas en el inciso c) del ítem IV del anexo I, la presente póliza no cubre los Accidentes resultantes del ejercicio de tareas de doma de animales.
Se entiende por in itinere el Accidente sufrido por el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su lugar de trabajo y su domicilio, y viceversa, conforme al recorrido habitual denunciado en forma fehaciente por el mismo a la Compañía. La Compañía no pagara las prestaciones comprometidas en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado hubiera interrumpido o alterado el recorrido habitual por causas ajenas al trabajo.

CP-AP CL5 COBERTURA ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA

Ampliando lo dispuesto en la cláusula 400 de las Condiciones Generales Específicas: Cobertura de Asistencia Médico Farmacéutica por reintegro: queda por su exclusiva cuenta la elección del profesional o centro asistencial que lo asistirá por su cuenta y orden, limitándose Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a reembolsar, en caso de aceptación del reclamo, al Tomador, Asegurado o Beneficiario de la póliza, previa presentación de la documentación pertinente, el importe insumido hasta la suma asegurada indicada en el frente de póliza.
El Tomador, Asegurado o Beneficiario participara en cada siniestro con una franquicia a su cargo, por el importe indicado en el frente de la presente póliza.

CP-AP CL11 COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO PRESTACIONAL

Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. pone a disposición del Asegurado una red de prestadores médicos a los cuales podrá asistir a fin de requerir su atención, en caso de un evento cubierto. este servicio consiste, en la prestación de asistencia medica a cargo de la Compañía, en un centro asistencial prestador de la misma

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

enunciado en el 0800-999-7424 o www.mapfre.com.ar/vidaonline/prestadores/ap.
En caso de aceptación del reclamo, esta cobertura será directamente abonada por la Aseguradora al prestador comprendido en dicha red, previa presentación de la documentación pertinente (Art. 46 ley de seguros N° 17.418). y hasta el importe de la suma máxima asegurada indicada en el frente de póliza.
No se aplicará franquicia alguna a cargo del tomador, asegurado o beneficiario del seguro.
Queda establecido que, en caso de que el Asegurado hubiera efectuado gastos comprendidos dentro de la cobertura adicional de asistencia médico farmacéutica, simultáneamente con la cobertura adicional de asistencia médico prestación, Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. reembolsara tanto al Tomador, Asegurados o Beneficiario de la póliza como al centro asistencial facilitado por la Compañía, los gastos efectivamente incurrido en conjunto hasta el limite máximo asegurado en concepto de cobertura adicional de asistencia medica prestación. Cabe aclarar que los gastos incurridos en el centro asistencial facilitado por la Compañía, tendrá preeminencia sobre los efectuado por el Asegurador, Tomador o Beneficiario, correspondientes a la cobertura adicional de cobertura asistencia médico farmacéutica.
Para cualquiera de las coberturas otorgadas por esta póliza, se deja constancia que la opción del Asegurado por un profesional o centro determinado corre por su exclusiva cuenta, se encuentre dentro o fuera del listado facilitado por Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A.
Se establece expresamente que todo evento excluido de la cobertura de este contrato a través de las Condiciones Particulares o Generales del mismo como así también por la ley N° 17.418, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna y por la sola ocurrencia del mismo, otorga a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. el derecho a iniciar toda acción de repetición contra el Tomador de la póliza, sus funcionarios o el protagonista del evento, fuere o no Asegurado del contrato o los Beneficiarios del mismo; con motivo, de las prestaciones dinerarias que haya abonado, durante el periodo de verificación del siniestro (Art. 49 ley N° 17.418) a los centros asistenciales nominados de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., por sucesos sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Se cubren prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
Se entiende por:

a)Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b)Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada

como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la prestación para el caso de accidentes no producidos por el hecho o en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
CP-AP CL18 USO DE MOTO

1) Se encuentran excluidos de cobertura:

a) Las consecuencias de los accidentes ocurridos por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;
b) Los accidentes cuyas consecuencias se agraven por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;

2) A los fines de la aplicación de esta exclusión de cobertura, la Aseguradora tendrá en cuenta las siguientes pautas contenidas en la ley 24.449 (ley de transito):

DEFINICIONES:
Ciclomotor: Motocicleta de hasta 50 cc de cilindrada y que no pueda exceder los 50 kilómetros por hora de velocidad.
Motocicleta: Todo vehículo de dos ruedas con motor a tracción propia de mas de 50 cc de cilindrada y que pueda desarrollar velocidades superiores a los 50 kilómetros por hora.

EDADES MINIMAS PARA CONDUCIR:
Para conducir vehículos en la vía publica se deben tener cumplidos los dieciseis años para ciclomotores, en tanto no lleven pasajero. Los menores de edad para solicitar licencia conforme al articulo 11 de la ley 24.449, deben ser autorizados por su representante legal, cuya retractación implica, para la autoridad de expedición de la habilitación la obligación de anular la licencia y disponer su secuestro si no hubiere sido devuelta.
Las autoridades jurisdiccionales pueden establecer en razón de fundadas características locales, excepciones a las edades mínimas para conducir, las que solo serán validas con relación al tipo de vehículo y a las zonas o vías que determinen en el ámbito de su jurisdicción.

CLASES DE LICENCIAS:
Las clases de licencias para conducir automotores son: clase a) para ciclomotores, motocicletas y triciclos motorizados. Cuando se trate de motocicletas de mas de 150 centímetros cúbicos de cilindrada, se debe haber tenido previamente por dos años habilitación para motos de menor potencia, excepto los mayores de 21 años.

CONDICIONES DE SEGURIDAD:
Los vehículos cumplirán las siguientes exigencias mínimas:
- Las motocicletas deben estar equipadas con casco antes de ser libradas a la circulación.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

SISTEMAS DE ILUMINACION:
- Los automotores para personas y carga deben tener los siguientes sistemas y elementos de iluminación:
- Faros delanteros: La luz blanca o amarilla en no mas de dos pares, con alta y baja, esta de proyección asimétrica;
-Luces de posición: Que indican junto con las anteriores, dimensión y sentido de marcha desde los puntos de observación reglamentados: 1) Delanteras de color blanco o amarillo; 2) Traseras de color rojo; 3) Laterales de color amarillo a cada costado, en los cuales por su largo las exija la reglamentación; 4) Indicadores diferenciales de color blanco, en los vehículos en los cuales por su ancho los exija la reglamentación;
- Luces de giro: Intermitentes de color amarillo, delante y atrás. en los vehículos que indique la reglamentación llevaran otras a los costados;
- Luces de freno traseras: de color rojo, encenderán al accionarse el mando de frenos antes de actuar este;
- Luz para la patente trasera
- Luces intermitentes de emergencia, que incluye a todos los indicadores de giro.

REQUISITOS PARA CIRCULAR:
Para poder circular con automotor es indispensable:
a) Que tratandose de una motocicleta, sus ocupantes lleven puestos cascos normalizados, y si la misma no tiene parabrisas, su conductor use anteojos;

PROHIBICIONES:
Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia a 200 miligramos por litro de sangre.(1) A los menores de 18 años, conducir ciclomotores en zonas centricas, de gran concentración de vehículos o vías rápidas.
A los conductores de ciclomotores, circular asidos de otros vehículos o enfilados inmediatamente tras otros automotores;

VELOCIDAD MAXIMA
Los limites máximos de velocidad son:
En zona urbana:
1) En calles: 40 km/h;
2) En avenidas: 60 km/h;
3) En vías con sectorización coordinada y solo para motocicletas y automóviles: la velocidad de coordinación de los semáforos;
En zona rural:
1) Para motocicletas, automóviles y camionetas, 110 km/h;
En semiautopistas:
Los mismos limites que en zona rural para los distintos tipos de vehículos, salvo el de 120 km/h para motocicletas y automóviles;
En autopistas:
Para motocicletas y automóviles podrán llegar hasta 130 km/h;
Limites máximos especiales: 1) En las encrucijadas urbanas sin semáforos: la velocidad precautoria, nunca superior a 30 km/h; 2) En los pasos a nivel sin barrera ni semáforos: la velocidad precautoria no superior a 20 km/h y después de asegurarse el conductor que no viene un tren; 3) En proximidad de establecimientos escolares, deportivos y de gran influencia de personas: Velocidad precautoria no mayor a 20 km/h, durante su funcionamiento; en rutas que atraviesen zonas urbanas: 60 km/h, salvo señalización en contrario.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

(1) Se aclara que en el decreto 779/95 (reglamentario de la ley 24.449) se establece: en el caso de ingesta de alcohol, no se podrá conducir con mas de medio gramo (0.5g) por litro de sangre.

CP-AP CL19 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo estipulado en la cláusula 11 de las Condiciones Especiales, se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 125 cc y vehículos similares, siempre y cuando los mismos hayan ocurrido en ocasión de trasladarse desde el domicilio del Asegurado hasta su lugar de trabajo y viceversa. En todos los demás supuestos, continua vigente la exclusión de cobertura indicada en el punto 6) de las Exclusiones de Cobertura.

CP-AP CL32 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo establecido en la cláusula CP-AP CL19 se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 250 cc.

CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACION

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 69 (sesenta y nueve) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: 70 (setenta) años de edad.

A partir de los 65 (sesenta y cinco) años de edad la cobertura comprende solo el riesgo de muerte por accidente.

CP-AP CL9 TEXTO ALTURA 15 METROS

Se deja expresa constancia, que quedan excluidos de cobertura las caídas de distinto nivel (en altura). En tal sentido, se entenderá por caída de distinto nivel a toda caída producida desde un nivel cuya diferencia de cota sea igual o mayor a 15 mts (quince metros), respecto del plano horizontal inferior mas próximo (aun cuando presente algún grado de inclinación); cualesquiera fueren sus causas o circunstancias y aunque hubieren ocurrido con motivo o en ocasión del trabajo y se hubieren observado las medidas de seguridad pertinentes.
A modo ejemplificativo y en forma no taxativa, están excluidas de cobertura las consecuencias de los accidentes que sean caídas de plataformas, andamios, balcones, torres, postes, instalaciones, edificios, techos, escaleras, sogas, dispositivos de izamiento, ascensores, montacargas, planchas, andariveles, estructuras fijas o móviles, puentes, grúas u otras maquinarias y que superen la altura antes indicada.

CP-AP CL13 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Ampliando el punto III de la cláusula 1 de las Condiciones Especiales, se establece que el límite máximo establecido para pólizas colectivas es de $ 60.000.000 (sesenta millones), en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás Asegurados Individuales que superen dicho tope.

CP-AP CL35 EXTENSION EDADES
Contrariamente a lo establecido en CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACIÓN, se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 74 (setenta y cuatro) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: La cobertura caducará al cumplir el asegurado los 75 (setenta y cinco) años de edad.

Las edades detalladas serán de aplicación para todas las coberturas de la presente póliza.

CP-AP CL36 AMPLICACIÓN DE COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO FARMACEÚTICA: PRÓTESIS Y ÓRTESIS
Contrariamente a lo estipulado en CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA, la Compañía reembolsará los gastos de prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
La suma de los importes abonados por gastos de asistencia médico farmacéutica incluyendo los gastos de prótesis y ortésis no podrán superar el límite establecido en las condiciones particulares para Asistencia médico farmacéutica.
Se entiende por:
a) Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales
b) Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL30 HORA - EMISION, VIGENCIA AL DIA SIGUIENTE

Contrariamente a lo especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato, indicado en el frente de póliza, el inicio de la vigencia de la cobertura es a partir de la hora 0 (cero) del día que se indica como inicio de la misma.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cua l recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador.
De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.
Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales .

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
REEMPLAZA POLIZA 212469812
CERTIFICADO NRO.: 000001

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000022430131200000000000000201833581711-10000074034100000777180110 17

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2243013/000 T
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:1

ASEGURADO.....:CITATI RODOLFO
DOCUMENTO.....:DU - 32643676
FEC. NACIMIENTO.....:14/10/1986
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
REEMPLAZA POLIZA 212469812
CERTIFICADO NRO.: 000002

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

CUIP: 06992010010000000000000000224301312000000000000020183358171 1-10000074034100000777180110 17

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2243013/000 T
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:2

ASEGURADO.....:GOMEZ FABIAN RICARDO
DOCUMENTO.....:DU - 20063163
FEC. NACIMIENTO.....:23/07/1968
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

Anexo : R407

Resolución del Ministerio de Economía Nro.407/01 del 29/08/01 y del 11/05/2001 y Resolución N° 28.268 SSN del 26/6/2001

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros, endosos y facturaciones ***emitidos a partir del 1/7/2001***

Advertencias a Asegurados, Tomadores y Asegurables:

Artículo 1ro (Según Resolución M.E.N° 407/01):

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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 de alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Artículo 2do (Según Resolución M.E.N° 407/01):

Los productores asesores de seguros Ley Nº22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Articulo 1º de la presente resolución.

Artículo 3ro (Resolución N° 28.268):

No están sujetos al régimen de la presente Resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguro:
a) Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
b) Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley Nº 24.241.
c) Celebrados en el marco de la Ley Nº 24.557.

Nómina de los medios habilitados en los términos del Artículo 1ro:

En la página siguiente encontrará la nómina de los medios habilitados *a la fecha* para el pago de su póliza, pudiendo consultar permanentemente la nómina actualizada a través de los siguientes canales:

- Su Productor Asesor de Seguros
- Nuestro sitio en Internet: **www.mapfre.com.ar**
- **SI24 (Servicio integral 24 hs.) 0800-999-SI24 (7424)**
- La Oficina Comercial de su zona.

Usted elige la forma de hacer el pago de su seguro...
Nómina de los medios habilitados

Débito automático en:

- **Tarjeta de Crédito:**

American Express, Diners, Visa, Cabal, Mastercard, Tarjeta Naranja, Tarjeta Nevada, Tarjeta Nativa.

- **Débito en cuenta corriente o caja de ahorro en cualquier banco adherido a Coelsa.**

Podrá adherirse a estas modalidades de pago llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente 0800.999.7424 y completando el respectivo formulario de adhesión.

Ventajas del pago por débito automático:

- Su seguro lo abona en mayor cantidad de cuotas.
- El Asegurado no debe ser necesariamente el Titular de la Tarjeta , basta que El Titular dé su consentimiento por escrito.
- El resumen de cuenta / extracto bancario opera como comprobante de pago.
- No necesita ocuparse más de ir a pagar cada factura, su única "molestia" es adherirse y mantener saldos suficientes en su cuenta.
- Se acabaron las colas para pagar.
- Ahorro de tiempo y comodidad.
- Seguridad, al no tener que trasladarse con efectivo.

A quienes aun no han optado por el débito automático, les ofrecemos las siguientes alternativas:

- Pago Fácil
- Rapipago
- Rapipago por teléfono, llamando al número 0810.345.7274 .

- Pago a través de cajeros automáticos de la Red Banelco o en Internet en www.pagomiscuentas.com.ar

---

Advertencia al Asegurado/Tomador: Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas.

SI24 0800-999-SI24 (7424) las 24 hs, los 365 días del año.

R1.1

TARJETA DE ASISTENCIA

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**CITATI RODOLFO**
Documento:	**DU 32643676**
Póliza N°:	**224301312**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**GOMEZ FABIAN RICARDO**
Documento:	**DU 20063163**
Póliza N°:	**224301312**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

R14055

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) Munro - Prov. de Buenos Aires
TEL.: 4320-6700 / 9400 - FAX: 4320-6762

FECHA DE EMISION : 16/05/2025

COMPROBANTE DE PERCEPCION DE INGRESOS BRUTOS

SECCION....: ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA.....: 109-02243013-16
ENDOSO.....: 0
VIGENCIA...: desde 27/06/2025 hasta 27/06/2026
TOMADOR....: GARCES HERNAN HECTOR
CUIT.......: 20-18335817-1
PROVINCIA..: BUENOS AIRES
NRO. INSC..: NO INSCRIPTO
BASE IMP...: $ 394.292,64
IMPORTE....: $ 9.857,32

MAPFRE

Garces Hernan Hector
Velez Sarsfield 4238

(7400) Olavarria-Buenos Aires

3 / 12 / 109-2153578-06 / 0000 - W
9903-TRUJILLO CAROLINA

R16556

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza depositada en **MAPFRE** al renovar su póliza.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará toda la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluídos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE** , nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina

Beneficios exclusivos para nuestros Clientes

MAPFRE

Porque conocemos el valor de su confianza, en MAPFRE nuestro compromiso es estar cada vez más cerca suyo, con servicios y soluciones que respondan a sus necesidades.

GESTIONES ONLINE

Web exclusiva de Clientes / clientes.mapfre.com.ar
Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP, tendrán acceso a este sitio exclusivo, para:

- Abonar cuotas y modificar formas de pago.
- Denunciar siniestros.
- Descargar certificado de circulación.
- Generar órdenes de reposición de cristales y cerraduras.
- Chequear tus pólizas.
- Adjuntar documentación de tu siniestro.
- Entre otros trámites online.

Líneas de asistencia para Clientes:

- WhatsApp para asistencia vehicular: +54 911 6299 6922
- WhatsApp para consultas y denuncias de siniestros: +54 911 2332 0911
- Contact Center: 0800 999 7424

ATENCIÓN PERSONALIZADA

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas** comerciales. Además, contamos con centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

DENUNCIAS ÁGILES DE SINIESTROS

Ante la ocurrencia de un siniestro, cuenta con los siguientes canales disponibles para realizar su denuncia con agilidad:

- Web de Clientes: clientes.mapfre.com.ar
- Web de Terceros: terceros.mapfre.com.ar
- WhatsApp: +54 911 2332 0911

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA CLIENTES / tecuidamos.mapfre.com.ar

MAPFRE teCuidamos es el Programa de Beneficios exclusivo para nuestros clientes. Descuentos en el cuidado del auto (alineación, balanceo, lubricentro, revisión y lavado) y hogar, son algunos de los beneficios disponibles a los cuales todo cliente de MAPFRE puede acceder presentando simplemente una copia de su póliza y DNI.

Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante https://clientes.mapfre.com.ar para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera (UIF)**.

R174/65

MAPFRE

ES COPIA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RENUEVA POLIZA 204080412

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: C.M. 902-029830-8
C.U.I.T.: 33-70089372-9

POLIZA N°: 218-02153578-06
SUPLEMENTO N°: 0

EMISION: 16/08/2024

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
18/09/2024	18/09/2025

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000018
CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706
OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0800-999-7424

CONDICIONES AP ASISTENCIAL 30.000.000 - IN ITINERE

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR C.U.I.T. 20-18335817-1 IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238 REF.:012/2153578/000 W
OBSERVACIONES: C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ACTIVIDAD.....: 634 - MANTENIMIENTO DE ASCENSORES
CATEGORIA.....: 3

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS: 1
PERIODO FACTURADO.....: 18/09/2024 AL 18/09/2025
MONEDA DEL CONTRATO.....: PESOS

ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:

* EX-AP * CGC-AP * CGE-AP * CGE-AP 100 * CGE-AP 200 * CGE-AP 400 * CC-AP * CE-AP * CE-AP CL2 * CE-AP CL5 * CE-AP CL11 * CP-AP * CP-AP CL14 * CP-AP CL22 * CP-AP CL5 * CP-AP CL11 * CP-AP CL18 * CP-AP CL19 * CP-AP CL32 * CP-AP CL1 * CP-AP CL9 * CP-AP CL13 * CP-AP CL33 * CP-AP CL35 * CP-AP CL36 * CP-AP CL28 * CP-AP CL30 *

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA

PRIMA	$	156.818,15
Recargo Financiero (*)	$	10.930,23
IMPUESTOS Y SELLADOS	$	1.845,23
IVA Tasa Básica	$	35.227,16
*** PREMIO TOTAL	$	204.820,77
(*)T.E.A.	%	16,08
Base Imponible IVA	$	167.748,38

PLAN DE PAGOS

VER ANEXO ADJUNTO

Las cuotas seran debitadas de la tarjeta VISA
**********9318

IMPORTANTE: PARA DESCARGAR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO PUEDE INGRESAR A WWW.MAPFRE.COM.AR/VIDA-ONLINE

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se considerarán indistintamente según corresponda.
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
- Solamente las cláusulas y/o artículos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A - R407**

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

9903 TRUJILLO CAROLINA

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.
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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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.

MAPFRE

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA: 218-02153578-06

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	18/09/2024	$	17.143,50
	18/10/2024	$	17.061,57
	18/11/2024	$	17.061,57
	18/12/2024	$	17.061,57
	18/01/2025	$	17.061,57
	18/02/2025	$	17.061,57
	18/03/2025	$	17.061,57
	18/04/2025	$	17.061,57
	18/05/2025	$	17.061,57
	18/06/2025	$	17.061,57
	18/07/2025	$	17.061,57
	18/08/2025	$	17.061,57

R14371

MAPFRE
Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION : ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA : 218-02153578-06 ENDOSO : 0

	NOMINA DE ASEGURADOS	TIPO Y NRO. DOC.		FECHA DE NAC.
1	GARCES HERNAN HECTOR	DU	18335817	31/05/1967

R14726

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

EX-AP EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La compañía no cubre los siguientes riesgos:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo los especificados en IV (a).

2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a) o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3. Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a), o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

6. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto IV (a) o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

7. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en servicios de transporte aéreo regular.

8. Los accidentes causados por hechos de:

- Guerra Civil
- Guerra Internacional
- Rebelión
- Sedición o motín
- Tumulto Popular
- Vandalismo
- Guerrilla
- Terrorismo
- Huelga
- Lock-out
- Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en la cláusula de Interpretación, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

Dejanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan.

9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los apartados 8 y 9, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CGC-AP CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS (ANEXO I)

I. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las de la presente póliza.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la póliza, predominarán estas últimas.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

II. DEFINICIONES.

A los efectos de ésta póliza, se entenderá con carácter general, por:

COMPAÑIA: MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, y mediante el cobro de un premio, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que celebra este contrato con la Compañía y a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 23 y 25 de la Ley de Seguros.

ASEGURADO: Persona titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden en su caso los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 24 y 26 de la Ley de Seguros.

BENEFICIARIO: Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso el Asegurado, reconoce el derecho a percibir el importe que se especifique en la Póliza.

POLIZA: Documento que, debidamente firmado contendrá las Condiciones Generales de este contrato y las demás Condiciones Particulares que identifican al riesgo de acuerdo a lo estipulado por el Art. 11 de la Ley de Seguros.

PREMIO: Precio del seguro, a cuyo pago está obligado el Tomador o en su caso el Asegurado.

SUMA ASEGURADA: Importe establecido en la Póliza, que representa el límite máximo de indemnización.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas estén cubiertas por la Póliza y que obliga, a la Compañía a resarcir ese daño o cumplir con la prestación convenida en la misma. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un sólo siniestro.

DAÑOS CORPORALES: Muertes o lesiones sufridas por personas.

ACCIDENTES: 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.

PERDIDA TOTAL: Tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del/los órgano/s lesionado/s.

PERSONAS NO ASEGURABLES: El seguro no ampara a menores de 14 años y mayores de 65.

III. BASES DEL SEGURO.

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro sobre el riesgo a asegurar y que han determinado la aceptación del mismo por parte de la Compañía, dando lugar al cálculo del premio correspondiente.
Si el contenido de la póliza difiere de las declaraciones o propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
Si el Tomador del seguro, al formular las declaraciones o completar la propuesta, incurriera en reserva, declaraciones falsas o reticencia, de circunstancias por él conocidas y que pudieran influir en la valoración del riesgo se aplicarán las reglas siguientes:

a. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 -L. de S.).

b. Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 -L. de S.).

c. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 -L. de S.).

d. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 -L. de S.).

IV. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO.

a. RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones siempre que se estipulen en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en la póliza.
Salvo las limitaciones o exclusiones establecidas en este contrato, el seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en servicios de

transporte aéreo regular.
Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y waterpolo.
Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el apartado c), inciso 2; el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

b. AMPLIACION DEL RIESGO CUBIERTO.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

V. CONCURRENCIA DE INVALIDECES.

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

VI. AGRAVACION POR CONCAUSAS.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

VII. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Asegurado deberá notificar, sin dilación a cada Compañía los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, con indicación de la Compañía y la suma asegurada.
El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

VIII. AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO.

a. El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente, después de conocerlas (Art. 38 -L.

de S.).

b. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 -L. de S.). Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 -L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- Modificación de su profesión o actividad;
- Fijación de residencia fuera del país.

c. Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 -L. de S.). Cuando la agravación resulta de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía (Art. 40 L. de S.).

d. No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

e. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho de la Compañía:

- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima, proporcional al tiempo transcurrido.

- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso no mayor de un año (Art. 41 -L. de S.).

IX. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTES.

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía del acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Art. 46 y 47 -L. de S.).
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico-racional.
El Asegurado remitirá a la Compañía cada quince días certificaciones que actualicen el pronóstico de curación. Asimismo el Asegurado deberá someterse al exámen de los médicos del Asegurador cada vez que este lo solicite.
El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 -L. de S.), sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los Beneficiarios deberán presentar:

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- En caso de muerte, la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

- En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos.
Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.

X. RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO.

El Asegurado debe comunicar a la Compañía en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

XI. REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS.

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de la Compañía al respecto, en cuanto sea razonable (Art. 150 -L. de S.).

XII. DESIGNACION DEL BENEFICIARIO.

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Compañía después del evento previsto.
Designada varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá a las cuotas hereditarias.
Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 y 146 -L. de S.).

XIII. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que este sea debidamente notificado.
Cuando la designación sea a título oneroso y la Compañía conozca dicha circunstancia, no admitirá el cambio de beneficiario.
La Compañía queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

XIV. VALUACION POR PERITOS.

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación al tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince días.
Si una de las partes omitiese designar médicos dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte mas diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud y Acción Social de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes será a su respectivo cargo y los del tercero será pagados por las partes cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 - L. de S.).

XV. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE LA COMPAÑIA.

El pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren en el punto XII, el que sea posterior.
Cuando la Compañía hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50 % de la prestación estimada por la Compañía.
A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.
En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.
En caso de viaje aéreo del Asegurado y si no se tuviera noticias del avión por un período no inferior a tres meses, la Compañía hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte.
Si apareciera el Asegurado o se tuviera noticias ciertas de él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiera sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

XVI. CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

XVII. RESCISION UNILATERAL.

- Cualesquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días.Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

- Cuando el seguro rija de 12 a 12 horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario desde la hora veinticuatro.

- Si la Compañía ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo corrido.

- Si el Asegurado opta por la rescisión, la Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo

transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do. párrafo -L. de S.).

- En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por la invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

XVIII. DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES.

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 -L. de S.).

XIX. COMPUTO DE LOS PLAZOS.

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

XX. PRESCRIPCION Y JURISDICCION.

- Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el término de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 -L. de S.).

- Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

XXI. PAGO DEL PREMIO.

El premio es debido desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 -L. de S.).
En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de Cobranza del Premio autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los seguros por períodos que no excedan los 90 días el pago debe efectuarse al contado.

XXII. FACULTADES DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS.

El Productor Asesor de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta a la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;

- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- Aceptar el pago del premio si se halla en la posesión de un recibo de la Compañía. La firma puede ser facsimilar (Art. 53 TT-L. de S.).

XXIII. SEGUROS EN MONEDA EXTRANJERA.

Los pagos de las obligaciones correspondientes tanto al Asegurado como al Asegurador, deberán efectuarse en la divisa estipulada, con sujeción a las normas legales y/o reglamentarias emanadas de autoridad del régimen cambiario y vigentes en el momento del pago.

CGE-AP CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS (ANEXO II)

De las siguientes cláusulas sólo son de aplicación las que se mencionan en las Condiciones Particulares.

CGE-AP 100 RIESGO DE MUERTE

Si el accidente causare la muerte, la Compañía abonará la suma prevista para este caso. Sin embargo la Compañía reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por ese u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.
La Compañía deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte. En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé a lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedan automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando la Compañía la totalidad de la prima.

CGE-AP 200 RIESGO DE INVALIDEZ PERMANENTE

a. Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, y si esta cobertura estuviese expresamente estipulada en la póliza, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en la póliza, que corresponde de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100

PARCIAL

1. Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión normal.	40

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Sordera total e incurable de un oído.		15
Ablación de la mandíbula inferior.		50
2. Miembros Superiores:	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo.	65	52
Pérdida total de una mano.	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudo-artrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15	12
Pérdida total del pulgar.	18	14
Pérdida total del índice.	14	11
Pérdida total del dedo medio.	9	7
Pérdida total del anular o el meñique.	8	6
3. Miembros inferiores:		
Pérdida total de una pierna.		55
Pérdida total de un pie.		40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).		35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).		30
Fractura no consolidada de una rótula.		30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.		8
Acortamiento de un miembro inferior de por menos de 5 cm.		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.		8
Pérdida total del dedo gordo de un pié.		8

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Pérdida total de otro dedo del pié. 4

b. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70 % la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

c. La pérdida de la falange de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

d. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para la invalidez total permanente.

e. En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

f. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración anterior constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

g. Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

h. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA

La Compañía amplía su responsabilidad a cubrir hasta la suma prevista en la póliza el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.
La Compañía no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis en general.
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.
Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de una Compañía Aseguradora, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación de la Compañía y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
Con esta salvedad, en caso de siniestro la Compañía contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.
El Asegurado no puede pretender, en el conjunto, una indemnización que supere el monto del daño sufrido.
Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la indemnización para el caso de accidentes no producidos por el hecho o

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
Esta cobertura quedará suspendida automáticamente y sin necesidad de comunicación al cumplir el Asegurado la edad de 75 años inclusive.

CC-AP CLAUSULA DE COBRANZA (ANEXO IV)

ARTICULO 1º

El premio de este seguro, debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de vigencia o, si el Asegurador lo aceptase en las cuotas previstas en las Condiciones Particulares (expresadas en pesos o moneda extranjera) y en las fechas de vencimiento allí señaladas.
No obstante el período de cobertura que consta en el frente de póliza, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente al del pago total del premio.
En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), el que no podrá ser inferior al total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato.
(Texto conforme Resolución Nº 21.600 del 3 de Marzo de 1992 dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación).
El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4º de la Resolución General Nº 21.523. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTICULO 2º

Vencido cualesquiera de los plazos de pago del premio indicado en las Condiciones Particulares sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de 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, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada precedentemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3º

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

ARTICULO 4º

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos suplementos de la póliza.

ARTICULO 5º

Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Contratante, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

ARTICULO 6º

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Contratante.

ARTICULO 7º

Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato o de otro que tuviera celebrado con el mismo Asegurado.

CE-AP CONDICIONES ESPECIALES (ANEXO III)

De las siguientes cláusulas indicadas a continuación sólo son de aplicación en el presente contrato de seguro las mencionadas en las Condiciones Particulares.

CE-AP CL2 CONTRATACION DE UN SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

I. PAGO DEL PREMIO: El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

II. INTERES ASEGURABLE: El presente seguro cubre los accidentes que sufran las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y por las prestaciones especificadas en las mismas, mientras permanezcan al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

III. BENEFICIARIOS: Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
-Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
-Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.

IV. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Previa citación al Contratante, para que en el término de tres días invoque su

derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiario que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

V. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL5 AMPLIACION A MAYORES DE 65 AÑOS

Mediante el pago de la extraprima correspondiente, según el caso, la Compañía amplia su responsabilidad a cubrir al (los) mayor (es) de 65 años que se indican en la póliza, excluyendo de la misma la cobertura de Asistencia Médica una vez cumplidos los 70 años.

CE-AP CL11 USO DE MOTOS

Contrariamente a lo establecido en las exclusiones de cobertura (EX-AP) inciso 6 de las Condiciones Generales de la póliza, el presente seguro cubre también los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares.

CP-AP CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES

CP-AP CL14 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En los términos de la cláusula III de las Condiciones Generales Comunes, queda establecido que este contrato se celebra bajo la condición de que los Asegurados se encuentran afectados al riesgo declarado y establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y que dicha afectación durara por el periodo de vigencia del presente contrato, debiendo el Tomador y/o Asegurado denunciar cualquier modificación en la actividad declarada a la Aseguradora.
En caso de violación a esta convención, de acuerdo a lo establecido en el Art. 5 de la ley 17.418, en cuanto a reticencia, los Arts. 37 y 44 de la misma ley, en cuanto a agravación de riesgo y Art. 36 de la misma, en cuanto a la caducidad por incumplimiento de cargas, el contrato podrá ser anulado o rescindido respectivamente, con los efectos legalmente previstos.

CP-AP CL22 AMBITO LABORAL CON ITINERE

Solo quedan comprendidas en la cobertura, la o las personas designadas en la nómina que forma parte integrante de este seguro, conforme a la profesión declarada a la Compañía, incluyendo el Accidente "in itinere", hasta las sumas indicadas en estas Condiciones Particulares.
Queda establecido y convenido que, contrariamente a lo estipulado en el inciso a) de la cláusula 4 de las Condiciones Generales de la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en las Condiciones Particulares, únicamente en el caso que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún Accidente ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, siempre que dicho Accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, o causa originaria de los gastos de asistencia médico farmacéutica y que las consecuencias del Accidente se manifieste a mas tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
Además de las exclusiones previstas en el inciso c) del ítem IV del anexo I, la presente póliza no cubre los Accidentes resultantes del ejercicio de tareas de doma de animales.
Se entiende por in itinere el Accidente sufrido por el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su lugar de trabajo y su domicilio, y viceversa, conforme al recorrido habitual denunciado en forma fehaciente por el mismo a la Compañía. La Compañía no pagara las prestaciones comprometidas en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado hubiera interrumpido o alterado el recorrido habitual por causas ajenas al trabajo.

CP-AP CL5 COBERTURA ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA

Ampliando lo dispuesto en la cláusula 400 de las Condiciones Generales Específicas: Cobertura de Asistencia Médico Farmacéutica por reintegro: queda por su exclusiva cuenta la elección del profesional o centro asistencial que lo asistirá por su cuenta y orden, limitándose Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a reembolsar, en caso de aceptación del reclamo, al Tomador, Asegurado o Beneficiario de la póliza, previa presentación de la documentación pertinente, el importe insumido hasta la suma asegurada indicada en el frente de póliza.
El Tomador, Asegurado o Beneficiario participara en cada siniestro con una franquicia a su cargo, por el importe indicado en el frente de la presente póliza.

CP-AP CL11 COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO PRESTACIONAL

Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. pone a disposición del Asegurado una red de prestadores médicos a los cuales podrá asistir a fin de requerir su atención, en caso de un evento cubierto. este servicio consiste, en la prestación de asistencia medica a cargo de la Compañía, en un centro asistencial prestador de la misma enunciado en el 0800-999-7424 o www.mapfre.com.ar/vidaonline/prestadores/ap.
En caso de aceptación del reclamo, esta cobertura será directamente abonada por la Aseguradora al prestador comprendido en dicha red, previa presentación de la documentación pertinente (Art. 46 ley de seguros N° 17.418). y hasta el importe de la suma máxima asegurada indicada en el frente de póliza.
No se aplicará franquicia alguna a cargo del tomador, asegurado o beneficiario del seguro.
Queda establecido que, en caso de que el Asegurado hubiera efectuado gastos comprendidos dentro de la cobertura adicional de asistencia médico farmacéutica, simultáneamente con la cobertura adicional de asistencia médico prestación, Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. reembolsara tanto al Tomador, Asegurados o Beneficiario de la póliza como al centro asistencial facilitado por la Compañía, los gastos efectivamente incurrido en conjunto hasta el limite máximo asegurado en concepto de cobertura adicional de asistencia medica prestación. Cabe aclarar que los gastos incurridos en el centro asistencial facilitado por la Compañía, tendrá preeminencia sobre los efectuado por el Asegurador, Tomador o Beneficiario, correspondientes a la cobertura adicional de cobertura asistencia médico farmacéutica.
Para cualquiera de las coberturas otorgadas por esta póliza, se deja constancia que la opción del Asegurado por un profesional o centro determinado corre por su exclusiva cuenta, se encuentre dentro o fuera del listado facilitado por Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A.
Se establece expresamente que todo evento excluido de la cobertura de este contrato a través de las

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Condiciones Particulares o Generales del mismo como así también por la ley N° 17.418, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna y por la sola ocurrencia del mismo, otorga a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. el derecho a iniciar toda acción de repetición contra el Tomador de la póliza, sus funcionarios o el protagonista del evento, fuere o no Asegurado del contrato o los Beneficiarios del mismo; con motivo, de las prestaciones dinerarias que haya abonado, durante el periodo de verificación del siniestro (Art. 49 ley N° 17.418) a los centros asistenciales nominados de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., por sucesos sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Se cubren prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
Se entiende por:

a)Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b)Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la prestación para el caso de accidentes no producidos por el hecho o en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
CP-AP CL18 USO DE MOTO

1) Se encuentran excluidos de cobertura:

a) Las consecuencias de los accidentes ocurridos por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;
b) Los accidentes cuyas consecuencias se agraven por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;

2) A los fines de la aplicación de esta exclusión de cobertura, la Aseguradora tendrá en cuenta las siguientes pautas contenidas en la ley 24.449 (ley de transito):

DEFINICIONES:
Ciclomotor: Motocicleta de hasta 50 cc de cilindrada y que no pueda exceder los 50 kilómetros por hora de velocidad.
Motocicleta: Todo vehículo de dos ruedas con motor a tracción propia de mas de 50 cc de cilindrada y que pueda desarrollar velocidades superiores a los 50 kilómetros por hora.

EDADES MINIMAS PARA CONDUCIR:
Para conducir vehículos en la vía publica se deben tener cumplidos los dieciseis años para ciclomotores, en tanto no lleven pasajero. Los menores de edad para solicitar licencia conforme al articulo 11 de la ley 24.449, deben ser autorizados por su representante legal, cuya retractación implica, para la autoridad de expedición de la habilitación la obligación de anular la licencia y disponer su secuestro si no hubiere sido devuelta.
Las autoridades jurisdiccionales pueden establecer en razón de fundadas características locales, excepciones a las edades mínimas para conducir, las que solo serán validas con relación al tipo de vehículo y a las zonas o vías que determinen en el ámbito de su jurisdicción.

CLASES DE LICENCIAS:
Las clases de licencias para conducir automotores son: clase a) para ciclomotores, motocicletas y triciclos motorizados. Cuando se trate de motocicletas de mas de 150 centímetros cúbicos de cilindrada, se debe haber tenido previamente por dos años habilitación para motos de menor potencia, excepto los mayores de 21 años.

CONDICIONES DE SEGURIDAD:
Los vehículos cumplirán las siguientes exigencias mínimas:
- Las motocicletas deben estar equipadas con casco antes de ser libradas a la circulación.

SISTEMAS DE ILUMINACION:
- Los automotores para personas y carga deben tener los siguientes sistemas y elementos de iluminación:
- Faros delanteros: La luz blanca o amarilla en no mas de dos pares, con alta y baja, esta de proyección asimétrica;
-Luces de posición: Que indican junto con las anteriores, dimensión y sentido de marcha desde los puntos de observación reglamentados: 1) Delanteras de color blanco o amarillo; 2) Traseras de color rojo; 3) Laterales de color amarillo a cada costado, en los cuales por su largo las exija la reglamentación; 4) Indicadores diferenciales de color blanco, en los vehículos en los cuales por su ancho los exija la reglamentación;
- Luces de giro: Intermitentes de color amarillo, delante y atrás. en los vehículos que indique la reglamentación llevaran otras a los costados;
- Luces de freno traseras: de color rojo, encenderán al accionarse el mando de frenos antes de actuar este;
- Luz para la patente trasera
- Luces intermitentes de emergencia, que incluye a todos los indicadores de giro.

REQUISITOS PARA CIRCULAR:
Para poder circular con automotor es indispensable:
a) Que tratandose de una motocicleta, sus ocupantes lleven puestos cascos normalizados, y si la misma no

tiene parabrisas, su conductor use anteojos;

PROHIBICIONES:
Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia a 200 miligramos por litro de sangre.(1) A los menores de 18 años, conducir ciclomotores en zonas centricas, de gran concentración de vehículos o vías rápidas.
A los conductores de ciclomotores, circular asidos de otros vehículos o enfilados inmediatamente tras otros automotores;

VELOCIDAD MAXIMA
Los limites máximos de velocidad son:
En zona urbana:
1) En calles: 40 km/h;
2) En avenidas: 60 km/h;
3) En vías con sectorización coordinada y solo para motocicletas y automóviles: la velocidad de coordinación de los semáforos;
En zona rural:
1) Para motocicletas, automóviles y camionetas, 110 km/h;
En semiautopistas:
Los mismos limites que en zona rural para los distintos tipos de vehículos, salvo el de 120 km/h para motocicletas y automóviles;
En autopistas:
Para motocicletas y automóviles podrán llegar hasta 130 km/h;
Limites máximos especiales: 1) En las encrucijadas urbanas sin semáforos: la velocidad precautoria, nunca superior a 30 km/h; 2) En los pasos a nivel sin barrera ni semáforos: la velocidad precautoria no superior a 20 km/h y después de asegurarse el conductor que no viene un tren; 3) En proximidad de establecimientos escolares, deportivos y de gran influencia de personas: Velocidad precautoria no mayor a 20 km/h, durante su funcionamiento; en rutas que atraviesen zonas urbanas: 60 km/h, salvo señalización en contrario.

(1) Se aclara que en el decreto 779/95 (reglamentario de la ley 24.449) se establece: en el caso de ingesta de alcohol, no se podrá conducir con mas de medio gramo (0.5g) por litro de sangre.

CP-AP CL19 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo estipulado en la cláusula 11 de las Condiciones Especiales, se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 125 cc y vehículos similares, siempre y cuando los mismos hayan ocurrido en ocasión de trasladarse desde el domicilio del Asegurado hasta su lugar de trabajo y viceversa. En todos los demás supuestos, continua vigente la exclusión de cobertura indicada en el punto 6) de las Exclusiones de Cobertura.

CP-AP CL32 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo establecido en la cláusula CP-AP CL19 se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 250 cc.

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACION

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 69 (sesenta y nueve) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: 70 (setenta) años de edad.

A partir de los 65 (sesenta y cinco) años de edad la cobertura comprende solo el riesgo de muerte por accidente.

CP-AP CL9 TEXTO ALTURA 15 METROS

Se deja expresa constancia, que quedan excluidos de cobertura las caídas de distinto nivel (en altura). En tal sentido, se entenderá por caída de distinto nivel a toda caída producida desde un nivel cuya diferencia de cota sea igual o mayor a 15 mts (quince metros), respecto del plano horizontal inferior mas próximo (aun cuando presente algún grado de inclinación); cualesquiera fueren sus causas o circunstancias y aunque hubieren ocurrido con motivo o en ocasión del trabajo y se hubieren observado las medidas de seguridad pertinentes.
A modo ejemplificativo y en forma no taxativa, están excluidas de cobertura las consecuencias de los accidentes que sean caídas de plataformas, andamios, balcones, torres, postes, instalaciones, edificios, techos, escaleras, sogas, dispositivos de izamiento, ascensores, montacargas, planchas, andariveles, estructuras fijas o móviles, puentes, grúas u otras maquinarias y que superen la altura antes indicada.

CP-AP CL13 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

Ampliando el punto III de la cláusula 1 de las Condiciones Especiales, se establece que el límite máximo establecido para pólizas colectivas es de $ 60.000.000 (sesenta millones), en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás Asegurados Individuales que superen dicho tope.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CT 30500530851 CEMENTOS AVELLANEDA SA
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

CP-AP CL35 EXTENSION EDADES

Contrariamente a lo establecido en CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACIÓN, se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 74 (setenta y cuatro) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: La cobertura caducará al cumplir el asegurado los 75 (setenta y cinco) años de edad.

Las edades detalladas serán de aplicación para todas las coberturas de la presente póliza.

CP-AP CL36 AMPLICACIÓN DE COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO FARMACEÚTICA: PRÓTESIS Y ÓRTESIS

Contrariamente a lo estipulado en CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA, la Compañía reembolsará los gastos de prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $200.000 (doscientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
La suma de los importes abonados por gastos de asistencia médico farmacéutica incluyendo los gastos de prótesis y ortésis no podrán superar el límite establecido en las condiciones particulares para Asistencia médico farmacéutica.
Se entiende por:
a) Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b) Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CT 30526047792 CEMENTOS AVELLANEDA SA
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

CP-AP CL30 HORA - EMISION, VIGENCIA AL DIA SIGUIENTE

Contrariamente a lo especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato, indicado en el frente de póliza, el inicio de la vigencia de la cobertura es a partir de la hora 0 (cero) del día que se indica como inicio de la misma.

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerar ias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador.
De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomado r con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.
Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales .

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
RENUEVA POLIZA 204080412
CERTIFICADO NRO.: 000001

POLIZA N°:	218-02153578-06
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/08/2024

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
18/09/2024	18/09/2025

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000215357812000000000000020183358171 7-10000074034000000000000018

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2153578/000 W
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:1

ASEGURADO.....:GARCES HERNAN HECTOR
DOCUMENTO.....:DU - 18335817
FEC. NACIMIENTO.....:31/05/1967
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

Resolución del Ministerio de Economía Nro.407/01 del 29/08/01 y del 11/05/2001 y Resolución N° 28.268 SSN del 26/6/2001

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros, endosos y facturaciones ***emitidos a partir del 1/7/2001***

Advertencias a Asegurados, Tomadores y Asegurables:

Artículo 1ro (Según Resolución M.E.N° 407/01):

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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 de alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Artículo 2do (Según Resolución M.E.N° 407/01):

Los productores asesores de seguros Ley Nº22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Articulo 1º de la presente resolución.

Artículo 3ro (Resolución N° 28.268):

No están sujetos al régimen de la presente Resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguro:
a) Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
b) Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley Nº 24.241.
c) Celebrados en el marco de la Ley Nº 24.557.

Nómina de los medios habilitados en los términos del Artículo 1ro:

En la página siguiente encontrará la nómina de los medios habilitados *a la fecha* para el pago de su póliza, pudiendo consultar permanentemente la nómina actualizada a través de los siguientes canales:

- Su Productor Asesor de Seguros
- Nuestro sitio en Internet: **www.mapfre.com.ar**
- **SI24 (Servicio integral 24 hs.) 0800-999-SI24 (7424)**
- La Oficina Comercial de su zona.

R1.1

Usted elige la forma de hacer el pago de su seguro...
Nómina de los medios habilitados

Débito automático en:

- **Tarjeta de Crédito:**

American Express, Diners, Visa, Cabal, Mastercard, Tarjeta Naranja, Tarjeta Nevada, Tarjeta Nativa.

- **Débito en cuenta corriente o caja de ahorro en cualquier banco adherido a Coelsa.**

Podrá adherirse a estas modalidades de pago llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente 0800.999.7424 y completando el respectivo formulario de adhesión.

Ventajas del pago por débito automático:

- Su seguro lo abona en mayor cantidad de cuotas.
- El Asegurado no debe ser necesariamente el Titular de la Tarjeta , basta que El Titular dé su consentimiento por escrito.
- El resumen de cuenta / extracto bancario opera como comprobante de pago.
- No necesita ocuparse más de ir a pagar cada factura, su única "molestia" es adherirse y mantener saldos suficientes en su cuenta.
- Se acabaron las colas para pagar.
- Ahorro de tiempo y comodidad.
- Seguridad, al no tener que trasladarse con efectivo.

A quienes aun no han optado por el débito automático, les ofrecemos las siguientes alternativas:

- Pago Fácil
- Rapipago
- Rapipago por teléfono, llamando al número 0810.345.7274 .

- Pago a través de cajeros automáticos de la Red Banelco o en Internet en www.pagomiscuentas.com.ar

---

Advertencia al Asegurado/Tomador: Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas.

SI24 0800-999-SI24 (7424) las 24 hs, los 365 días del año.

R1.1

MAPFRE

TARJETA DE ASISTENCIA

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**GARCES HERNAN HECTOR**
Documento:	**DU 18335817**
Póliza N°:	**215357812**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

R14055

CONSTANCIA DE COBERTURA

CUIP: 0699201001000000000000000002153578120000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

Constancia Nro.: 5360678

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

Póliza N° : 2180215357806 Vigencia desde el 18/09/2024 hasta el 18/09/2025.

Tomador:	GARCES, HERNAN HECTOR
CUIT/CUIL/DU:	20183358171
Plan:	AP ASISTENCIAL - 30.000.000 - IN ITINERE
Moneda de la póliza:	PESOS
Vidas vigentes:	1
Coberturas:	ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $2,000,000
	MUERTE E INCAPACIDAD - $30,000,000
	ASISTENCIA PRESTACIONAL - $8,000,000
Franquicia AMF:	$2000
Límite de altura:	15 METROS

NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO

Documento	Apellido y Nombre
DU 32643676	CITATI RODOLFO
DU 20063163	GOMEZ FABIAN RICARDO

Cantidad Total de Asegurados: 2

Se deja constancia que, las coberturas caducarán a partir del momento en que el asegurado cumpla la edad de 75 años.

Cláusula de No Repetición

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT 30500003193 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Endoso de Beneficiario Preferente

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT/DNI 30500003193. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

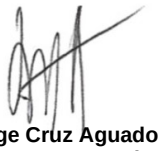
La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 13/08/2025, para ser presentada ante quien corresponda.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

"LA SEGUNDA" Compañia de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

Información del riesgo

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

Clausula de no repetición: Clausula Adicional N° 66

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas: CGC, CGE2
Cláusulas Adicionales: CA50, CA46B, CA1, CA2, CA66
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	230.688,55	**Imp. y Tasas:**	2.714,45	**(*) IVA s/R. Financ.:**	3.376,59
Recargo Financiero:	16.078,99	**IVA 21%:**	48.444,60		
T.E.A.:	24.20	**IVA 0%:**	0,00		
Subtotal:	246.767,54	**Sell. pcial.:**	3.615,64	**Premio final:**	304.918,82
Impuestos Internos:	0,00	**Perc. I/B:**	0,00	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 8909

Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70

Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Como actuar en caso de siniestros

Si tenés un seguro de Accidentes Personales, seguí estos pasos:

1) ¿Cómo hacer la denuncia?

Tenés disponible un servicio de atención preferencial, las **24 horas, los 365 días del año,** donde personal especializado te va a guiar desde el primer momento.

Centro de contacto
0800-444-2782

Además, podes recibir atención presencial en:

Agencias de La Segunda

Centros de atención al cliente La Segunda

2) Documentación necesaria

Si tuviste un siniestro necesitás contar con la siguiente información para poder hacer el trámite:

Asistencia médica farmacéutica
Si necesitás solicitar el reembolso de gastos médicos, además tenés que presentar:

- Factura y/o ticket con validez fiscal a tu nombre.
- Pedido del profesional tratante con fecha, diagnóstico, firma y sello.
- Práctica médica realizada.
- Documentación respaldatoria.

Incapacidad total y parcial permanente | Renta diaria:

- Alta médica.
- Historia clínica que acredite el tratamiento hasta el alta médica.

Fallecimiento por accidente
En caso de fallecimiento por accidente, es necesario contar con:

- Certificado de defunción.
- Denuncia policial.
- Historia clínica (si tuvo atención médica antes del fallecimiento).
- Declaración de herederos (en caso de no contar con beneficiarios informados).

Importante:

Podés presentar la documentación de forma presencial en nuestras agencias o centros de atención.

No se aceptan solicitudes de reembolsopor teléfono.

Si tenés otras consultas, estamos para ayudarte.
Contactanos por nuestros canales de atención.

Gestioná desde La Segunda Seguros App

3413019055 Sólo mensajes de texto

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.
C.U.I.T 30552362655 PERREN Y CIA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MAXIMO LAUTARO CASTRO
D.N.I. 41220143
Fecha de nac.: 25/07/1998

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	3	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

SERGIO ANDRES MUÑOZ
D.N.I. 34337018
Fecha de nac.: 20/09/1988

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.61

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	2	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

FERNANDO OSCAR PANAK
D.N.I. 16421046
Fecha de nac.: 04/08/1963

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

ARCA

AGENCIA DE RECAUDACION Y CONTROL ADUANERO

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

PANAK FERNANDO OSCAR CUIT: ***20-16421046-5***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

GANANCIAS PERSONAS FISICAS	07-2022
REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T3 Cat I Ingresos hasta $25.000	07-2022
IVA	07-2022

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.
Exclusión de pleno derecho RG 4309.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: *432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.* Mes de inicio: *11/2013*

Secundaria(s):

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - ARCA

CONDARCO 1232
TRELEW
9100-CHUBUT

Vigencia de la presente constancia: ***03-02-2025*** a ***05-03-2025*** Hora **12:10:39** Verificador **109184612737**

ARCA ARCA ARCA ARCA ARCA

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA http://www.arca.gob.ar.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

"LA SEGUNDA" Compañia de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

Información del riesgo

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

Clausula de no repetición: Clausula Adicional N° 66

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas: CGC, CGE2
Cláusulas Adicionales: CA50, CA46B, CA1, CA2, CA66
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	230.688,55	**Imp. y Tasas:**	2.714,45	**(*) IVA s/R. Financ.:**	3.376,59
Recargo Financiero:	16.078,99	**IVA 21%:**	48.444,60		
T.E.A.:	24.20	**IVA 0%:**	0,00		
Subtotal:	246.767,54	**Sell. pcial.:**	3.615,64	**Premio final:**	304.918,82
Impuestos Internos:	0,00	**Perc. I/B:**	0,00	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 8909

Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70

Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Como actuar en caso de siniestros

Si tenés un seguro de Accidentes Personales, seguí estos pasos:

1) ¿Cómo hacer la denuncia?

Tenés disponible un servicio de atención preferencial, las **24 horas, los 365 días del año,** donde personal especializado te va a guiar desde el primer momento.

Centro de contacto
0800-444-2782

Además, podes recibir atención presencial en:

Agencias de La Segunda

Centros de atención al cliente La Segunda

2) Documentación necesaria

Si tuviste un siniestro necesitás contar con la siguiente información para poder hacer el trámite:

Asistencia médica farmacéutica
Si necesitás solicitar el reembolso de gastos médicos, además tenés que presentar:

- Factura y/o ticket con validez fiscal a tu nombre.
- Pedido del profesional tratante con fecha, diagnóstico, firma y sello.
- Práctica médica realizada.
- Documentación respaldatoria.

Incapacidad total y parcial permanente | Renta diaria:

- Alta médica.
- Historia clínica que acredite el tratamiento hasta el alta médica.

Fallecimiento por accidente
En caso de fallecimiento por accidente, es necesario contar con:

- Certificado de defunción.
- Denuncia policial.
- Historia clínica (si tuvo atención médica antes del fallecimiento).
- Declaración de herederos (en caso de no contar con beneficiarios informados).

Importante:

Podés presentar la documentación de forma presencial en nuestras agencias o centros de atención.

No se aceptan solicitudes de reembolsopor teléfono.

Si tenés otras consultas, estamos para ayudarte.
Contactanos por nuestros canales de atención.

Gestioná desde La Segunda Seguros App

3413019055 Sólo mensajes de texto

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.
C.U.I.T 30552362655 PERREN Y CIA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MAXIMO LAUTARO CASTRO
D.N.I. 41220143
Fecha de nac.: 25/07/1998

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	3	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

SERGIO ANDRES MUÑOZ
D.N.I. 34337018
Fecha de nac.: 20/09/1988

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.61

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	2	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

FERNANDO OSCAR PANAK
D.N.I. 16421046
Fecha de nac.: 04/08/1963

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

ARCA

AGENCIA DE RECAUDACION Y CONTROL ADUANERO

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

PANAK FERNANDO OSCAR CUIT: ***20-16421046-5***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

GANANCIAS PERSONAS FISICAS	07-2022
REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T3 Cat I Ingresos hasta $25.000	07-2022
IVA	07-2022

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.
Exclusión de pleno derecho RG 4309.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: *432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.* Mes de inicio: *11/2013*

Secundaria(s):

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - ARCA

CONDARCO 1232
TRELEW
9100-CHUBUT

Vigencia de la presente constancia: ***03-02-2025*** a ***05-03-2025*** Hora **12:10:39** Verificador **109184612737**

ARCA ARCA ARCA ARCA ARCA

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA http://www.arca.gob.ar.

oliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda
PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 06 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060378044-000001

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.378.044	12h del 06/08/2025	12h del 15/01/2026	Cambio de póliza	001	-	162 días	5 Cuotas

Información del tomador

Ruben Oscar Arevalo
Avenida Larramendi 1421
3100 - Parana (Er)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T 23146839029
Cond. de IVA: Resp. Monotributo
Ing. Brutos: Contribuyente Local
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 4183
Vicoer Ltda.coop.de Vivienda Consumo Y Serv.soc.
Libertad 602
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 201
Mail: vicoer@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3434317079

Zona: 42
Zona Parana
Gualeguychu 880
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda
PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 04 días del mes de julio del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Lineas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060378044-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.378.044	12h del 15/07/2025	12h del 15/01/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Ruben Oscar Arevalo
Avenida Larramendi 1421
3100 - Parana (Er)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T
Cond. de IVA: Resp. Monotributo
Ing. Brutos: Contribuyente
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

RUBEN OSCAR AREVALO
D.N.I. 14683902
Fecha de nac.: 18/06/1961

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 44,450,000.00
Invalidez	CE2	$ 44,450,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 11,160,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Montadores industriales de estructuras metálicas, antenas, maquinarias.

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 148458.86

Agencia: 4183
Vicoer Ltda.coop.de Vivienda Consumo Y Serv.soc.
Libertad 602
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 201
Mail: vicoer@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3434317079

Zona: 42
Zona Parana
Gualeguychu 880
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (Int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

Constancia de Aseguramiento con nómina de Personal

Nro de Operación 6718331

Contrato de afiliación: Nro. 264898
Asegurado: AREVALO RUBEN OSCAR
Nro. CUIT: 23146839029
Nro. PD: 4533906

Certificamos que, sobre la base del contrato de afiliación suscripto con el solicitante, esta aseguradora ampara a la firma **AREVALO RUBEN OSCAR** con domicilio en **F ARIA DE LARRAMENDI 1421 0** de la localidad de **PARANA-E R** rigiendo lo normado por la Ley de Riesgos del Trabajo Nro. 24.557 y sus Reglamentaciones; así como también las disposiciones generales del contrato y las Condiciones Particulares integrantes del mismo.

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/12/2024 **Hasta el:** 30/11/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 06/08/2025 10:23:37

Agencia: 4183 - VICOER LTDA.COOP.DE VIVIENDA CONSUMO Y S
Localidad: PARANA-E R

Personal Asegurado:

Tipo	Nro.	Beneficiario
CUIL	20-32298816-9	GIMENEZ JOSE LUIS
CUIL	20-40168211-3	GAUNA SANTIAGO JULIAN
CUIL	23-31521851-9	LUPI FRANCISCO SEBASTIAN

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que regula inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

cláusula de no repetición

Nro de Operación 6718342

Contrato de afiliación: Nro. 264898
Asegurado: AREVALO RUBEN OSCAR
Nro. CUIT: 23146839029
Nro. PD: 4533906

Consta por la presente que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra la/s empresa/s o persona/s que se mencionan más abajo, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39 apartado 5, de la ley N° 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex-dependiente del Asegurado amparados por la cobertura del Contrato de afiliación, por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta cláusula de no repetición cesará en sus efectos si la/s empresa/s o persona/s mencionadas, a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, su Decreto Reglamentario N° 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, las Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Consta asimismo que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. se obliga a comunicar a la/s empresa/s o persona/s mencionadas en forma fehaciente, los incumplimientos al contrato en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término del mismo, dentro de los trece (13) días verificados.

EMPRESA/S O PERSONA/S A FAVOR DE LA/S CUAL/S SE EMITE LA PRESENTE:

BANCO BBVA ARGENTINA S.A. - CUIT: 30-50000319-3

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/12/2024 **Hasta el:** 30/11/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 06/08/2025 10:28:22

Agencia: 4183 - VICOER LTDA.COOP.DE VIVIENDA CONSUMO Y S
Localidad: PARANA-E R

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

Santander

Comprobante de Pago

Empresa	ARCA VEP
Identificador	231468390291468 3902
Importe	$214.116,62
Medio de Pago	CTA $ 192-490196/5
Factura	00148105881825070000
Nro. VEP	001481058818
CUIT/CUIL	23-14683902-9
Período	07/25
Anticipo/Cuota	000
Nro de Comprobante	17055745
Nro de Control	2310

Datos de la operación

Fecha	02/07/2025
Hora	17:00:08

Pago realizado a través de PagoMisCuentas.com

CONSERVÁ ESTE TICKET COMO COMPROBANTE S.E.U.O.

Podés consultar e imprimir este comprobante desde Online Banking personas, ingresando en el módulo Pagos y Transferencias.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 23-14683902-9
AREVALO RUBEN OSCAR
LARRAMENDI 1421
PARANA
3100-ENTRE RIOS

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

G

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

5048 - REG. SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ENTRE RIOS

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

5049 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCIÓN MUNICIPAL PCIA ENTRE RIOS - PARANÁ

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

ACTIVIDAD: F883 - 960990 - SERVICIOS PERSONALES N.C.P.
F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **06-08-2025 a 05-09-2025**

Hora **09:11:41** Verificador **200168180017**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-27707023-6
SANZ ROGELIO EDUARDO
RIVADAVIA OESTE 1940 - BARRIO : 22 DE DICIEMBRE
CHIMBAS
5413-SAN JUAN

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

B

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

5556 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS SAN JUAN

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

5557 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL PCIA SAN JUAN - CHIMBAS

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.
F883 - 432200 - INSTALACIONES DE GAS, AGUA, SANITARIOS Y DE CLIMATIZACIÓN, CON SUS ARTEFACTOS CONEXOS
F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **03-08-2025 a 02-09-2025**

Hora **14:10:35** Verificador **205298671089**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP (**http://www.afip.gob.ar**).

mercado pago

Comprobante de pago
#120957570010

Pagaste a

San Cristóbal Seguros

Total pagado

$ 12.981,00

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 12.981,00
Total pagado	$ 12.981,00

Código de barras
01920706300333520000012981002508 1105

Número de transacción
73833465

Pagador	Fecha de pago
Yanina Griselda	04/08/2025 10:51:23

Si bien se respetará la fecha de pago emitida en este comprobante, la empresa puede demorar hasta 48 horas hábiles en verlo reflejado. Encontrá más información en la sección Ayuda de Cuentas y servicios.

Si necesitás contactarte con Pago Fácil para realizar alguna consulta sobre tu pago, llamá al 0800-444-3224 o ingresá en www.pagofacil.com.ar.

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL *** Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As. Comprobante de pago de: San Cristobal Seguros Italia 646 - Rosario N CUIT 34-50004533-9 7668 L26002 04/08/2025 10:51:25 070630033352 POLIZA N 192-07-06-30033352-00 Sucursal N 000 1A597DD1 ADP $$$$$$$$12981,00 ESTA FIRMA ELECTRONICA ES VALIDA SI TODOS LOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DEL COMPROBANTE ORIGINAL. 01920706300333520000012981002508 1105

Con el apoyo de

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

San Cristóbal Seguros

Información de Póliza

TOMADOR **SANZ ROGELIO EDUARDO**	RAMO **Accidentes personales**	LUGAR Y FECHA EMISIÓN **Mendoza, 04/08/2025**	N° SOCIO **07-08076790**
DIRECCIÓN **- -**	SUBRAMO **AP Colectivo**	VIGENCIA DESDE **00HS DEL 04/08/2025**	D.N.I. **27707023**
LOCALIDAD - PROVINCIA **5413 - CHIMBAS SAN JUAN**	N° PÓLIZA / N° FACTURA **01-07-06-30033352** ENDOSO **0**	VIGENCIA HASTA **00HS DEL 04/02/2026**	COND. IVA **Monotributo**
	CONCEPTO **Emisión**		CLAVE LINK/BANELCO **0708076790**

Condiciones Particulares

AP Abiertos

Ámbito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere
Cantidad inicial de asegurados: 1
Edad mínima de ingreso: 18
Edad máxima de ingreso: 69
Edad máxima de permanencia cobertura básica: 75
Edad máxima de permanencia coberturas adicionales: 65
SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN EL LISTADO DE ASEGURADOS

Costos del Seguro

PRIMA	REC. FINANCIERO	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	I.V.A. R.G. 3337
$50.038,50	$7.355,66	$57.394,16	$12.052,77	$0,00

PERC. IB. TOTAL*	IMPUESTOS / TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC. TSeH LA PLATA
$0,00	$632,22	$2.800,00	$5.003,85	$0,00

Premio **$77.883,00**

Cuotas / Medio de Pago

MEDIO DE PAGO
Efectivo

CANTIDAD DE CUOTAS
6

ENTIDAD DE COBRO
Efectivo

CUOTA	MONTO	VENCIMIENTO
1	$12.981,00	11/08/2025
2	$12.981,00	11/09/2025
3	$12.981,00	11/10/2025
4	$12.981,00	11/11/2025
5	$12.981,00	11/12/2025
6	$12.978,00	11/01/2026

Recordá que ante cualquier duda podes consultar a tu Productor, como así también que toda la documentación que conforma el contrato, se encuentra a disposición en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) y en la APP de San Cristóbal Seguros (Disponible para Android y IOS).

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por EX-2019-78207953- -APN-GTYN#SSN.Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

PRODUCTOR
07-900101 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES MATRICULA **0000**

ORGANIZADOR
07-900001 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES



Diego Guaita
Gerente General

Verifique aquí los principales datos de su póliza

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
SANZ ROGELIO EDUARDO	**07-08076790**	**Accidentes personales**	**01-07-06-30033352**	**0**

Detalle de Coberturas

Coberturas

Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

Muerte accidental
Capital Asegurado — **$28.900.000**

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente
Capital Asegurado — **$28.900.000**

Reembolso de Gastos Médicos
Capital Asegurado — **$3.000.000**

Adicional Uso de Motos

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-50000845-4 Banco Santander Rio Sa;30-50000319-3 Banco Bbva Argentina Sa
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

90 - AP2000 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8040 - AP8140 - AP8160 - AP8180

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenvio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
SANZ ROGELIO EDUARDO	**07-08076790**	**Accidentes personales**	**01-07-06-30033352**	**0**

N° DE INSCRIPCIÓN DE SAN CRISTÓBAL S.M.S.G.

Clave única de Identificación Tributaria: 34-50004533-9

Impuesto sobre los Ingresos Brutos: Convenio Mult. N° 34500045339-921

IVA. Resp. Inscripto (incluido en la R.G. N° 18/97 - AFIP)
Agente de Percepción Prov. Bs. As: 000-65-0808-1
Agente de Percepción Capital Federal 01097/6
Agente de Percepción Misiones 34500045339

Impuesto de sellos:

Buenos Aires	**000-84-0116-1**	Corrientes	**Inscripto sin N°**	Mendoza	**101**	San luis	**16-S**
Capital Federal	**34-50004533-0**	Entre Ríos	**154**	Misiones	**165**	Santa Cruz	**--**
Catamarca	**S-33**	Formosa	**R-40005**	Neuquén	**167**	Santa Fe	**202-000020-8**
Chaco	**34-50004533-9**	Jujuy	**S-5-1033**	Río Negro	**143**	Sgo. del Estero	**Inscripto sin N°**
Chubut	**154**	La Pampa	**30457**	Salta	**1166**	Tierra del Fuego	**--**
Córdoba	**4-00-0006-1**	La Rioja	**R-0145**	San Juan	**1818**	Tucumán	**Inscripto sin N°**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:
- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

ART R3090 0N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BBVA BANCO FRANCES SOCIEDAD AN, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 02 días de Septiembre de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm



BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 02-09-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502868088
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-37862003-2**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 08:39:25
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$58.835,29
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$22.004,67
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$96.199,89
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$57.095,00
Importe total a pagar	**$234.134,85**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:07:45

Número de transacción:	**23416552372**
Número de VEP:	**001502868088**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6228-021609/7**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $58835,29**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $22004,67**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $96199,89**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $57095**
Importe:	**$234.134,85**

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502890680
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-35398206-1**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 09:05:25
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$22.307,22
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$18.185,68
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$22.864,90
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$30.465,00
Importe total a pagar	**$93.822,80**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:29:55

Número de transacción:	**23416556794**
Número de VEP:	**001502890680**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6228-021609/7**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $22307,22**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $18185,68**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $22864,9**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $30465**
Importe:	**$93.822,80**

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 25 día/s

Nro. VEP:	1502903005
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Monotributo - Pago Mensual - Personas Fisicas (sin CUR)
Descripción Reducida:	MONOTR08/25
CUIT:	**20-14780125-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-08
Fecha Generación:	2025-08-13 Hora: 09:16:37
Día de Expiración:	2025-09-07

MONOTRIBUTO (20)	$107.074,65
MONOTRIBUTO AUTONOMO (21)	$30.806,54
MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL (24)	$103.728,57
REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA (5095)	$77.495,00
Importe total a pagar	**$319.104,76**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://redlink.com.ar/arca.html

Banco **Provincia**

Pago

Operación realizada con éxito

21/08/2025 10:45:41

Número de transacción:	**23416535384**
Número de VEP:	**001502903005**
Cuenta a debitar:	**CA $ 6229-547904/5**
Concepto:	**19**
Impuesto:	**20 - MONOTRIBUTO - $107074,65**
Impuesto:	**21 - MONOTRIBUTO AUTONOMO - $30806,54**
Impuesto:	**24 - MONOTRIBUTO OBRA SOCIAL - $103728,57**
Impuesto:	**5095 - REG. SIMPLIFICADO IIBB ARBA - $77495**
Importe:	**$319.104,76**

Impreso el dia 25-08-2025

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 1 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB - DOCUMENTO: DNI 37862003 - FE NACIMIENTO: 20-08-1993 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 1

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6545347 CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB

Domicilio: H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 1 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 3 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **CARLINO LUIS ADOLFO - DOCUMENTO: DNI 13564048 - FE NACIMIENTO: 13-10-1959 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 3 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6784925 CARLINO LUIS ADOLFO
Domicilio: H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 3 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 4 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **GARRIDO JUAN CARLOS - DOCUMENTO: DNI 147801255 - FE NACIMIENTO: 24-10-1961 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 6876075 GARRIDO JUAN CARLOS

Domicilio: **H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES**

Vigencia desde **01-08-2025** Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta **26-09-2025** Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 4 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 8 **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

ASEGURADO: **FERNANDO OSSES - DOCUMENTO: DNI 35398206 - FE NACIMIENTO: 13-07-1990 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 8

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 10725768 FERNANDO OSSES

Domicilio: **H. IRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES**

Vigencia desde **01-08-2025** Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta **26-09-2025** Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 8 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 12 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL - DOCUMENTO: DNI 44764878 - FE NACIMIENTO: 07-01-2003 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 12

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 13178352 SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 12 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 10 Org: 63253 Prod: 6144 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 13 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **GARCIA GERMAN GASTON - DOCUMENTO: DNI 44831554 - FE NACIMIENTO: 05-02-2003 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 13 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 13838897 GARCIA GERMAN GASTON

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 13 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 14 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **INSABRALDIS DAVID MOISES - DOCUMENTO: DNI 32252947 - FE NACIMIENTO: 11-11-1985 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 14 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 15014408 INSABRALDIS DAVID MOISES

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 14 - 5 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

CERTIFICADO: 15 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **SCHREIBER BENJAMIN - DOCUMENTO: DNI 41194742 - FE NACIMIENTO: 31-07-1998 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	28,900,000.00
020	INVALIDEZ	$	28,900,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Póliza 8945867 / 15

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 15374852 SCHREIBER BENJAMIN

Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749 BAHIA BLANCA CP 8000 BUENOS AIRES

Vigencia desde 01-08-2025 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 26-09-2025 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 8945867 - 15 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8945867 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL 8000
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.

Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

CUIP: 0726201002000000000000000000089458670000000000051520135640485 0-10000052088200000012100100 10

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

Diego Fernando Vallina
Gerente General

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 8945867

Plan de pago consolidado:

Período facturado 26-09-2024 al 26-09-2025

*** Póliza: 12-8945867-0 Riesgo: A.P. AUTONOMOS 24 HS. (último endoso facturado: 5)**

ASEGURADO: 3117134 CARLINO LUIS ADOLFO

CUIT/CUIL: 20135640485 DNI: 13564048 Domicilio: PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
Localidad: BAHIA BLANCA Pcia: BUENOS AIRES CP: B8000LPM

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
1/12 Vencimiento 26/09/2024.	PESOS	**74,023.00**	**0.00**
2/12 Vencimiento 26/10/2024.	PESOS	**89,638.00**	**0.00**
3/12 Vencimiento 26/11/2024.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
4/12 Vencimiento 26/12/2024.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
5/12 Vencimiento 26/01/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
6/12 Vencimiento 26/02/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
7/12 Vencimiento 26/03/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
8/12 Vencimiento 26/04/2025.	PESOS	**129,349.00**	**0.00**
9/12 Vencimiento 26/05/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
10/12 Vencimiento 26/06/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
11/12 Vencimiento 26/07/2025.	PESOS	**155,424.00**	**0.00**
12/12 Vencimiento 26/08/2025.	PESOS	**342,784.37**	**342,784.37**

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa y Plus Pagos

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 04-08-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Productor: 6144 IAQUINANDI JOSE FRANCISCO Matrícula SSN: 52088 AG: 10

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL B8000LPM
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	26-08-2025	$ 142,704.03

TOTAL: $ 142,704.03

A debitar de tarjeta AMERICAN EXPR cta. nro.: 3778*******9693

PERÍODO FACTURADO

01-08-2025	26-09-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 116,874.72			
I.V.A. $ 24,543.69	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 584.37	
PREMIO DEL ENDOSO $ 142,704.03			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 01 de Agosto de 2025

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.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 FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. AUTONOMOS 24 HS.	PÓLIZA	8945867

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	A	A1	III	1	2	4
20							

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 28,900,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 28,900,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 3,000,000.00

OCUPACION Reparación y mantenimiento de maquinaria de uso general
USO DE MOTOCICLETAS IN ITINERE APLICA

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Cantidad de asegurados vigentes: 8
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

CLÁUSULA DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN

CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud. Se instituye beneficiario en primer término a las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados;
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación al/los beneficiario/s para que en el término de tres días invoque/n su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

CLÁUSULA DE NO ANULACIÓN Y/O MODIFICACIÓN

Esta Aseguradora se obliga a comunicar, en forma fehaciente, los incumplimientos a la póliza en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término dentro de los diez (10) días de verificado.
Las pólizas no serán modificadas ni anuladas sin previa comunicación fehaciente a las personas o empresas mencionadas más abajo con una antelación mínima de diez (10) días de producido el incumplimiento.

LAS CLÁUSULAS DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN SERAN DE APLICACIÓN PARA LAS SIGUIENTES

PERSONAS Y/O EMPRESAS DESIGNADAS:

Empresa: BANCO MACRO SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30500010084
Empresa: AGUAS BONAERENSES S.A. - cuit: 30707919902
Empresa: TERMINAL BAHIA BLANCA SA - cuit: 30660168105
Empresa: INTERPACK S A - cuit: 30548089405
Empresa: PBBPOLISUR SOCIEDAD DE RESPONS - cuit: 30560254195
Empresa: GRUPO SUR DESARROLLOS SA - cuit: 30715999109
Empresa: GRUPO PORTESUR BAHIA BLANCA S. - cuit: 30717001512
Empresa: FIDEICOMISO PUNTA ESTE PREMIUM - cuit: 30716690403
Empresa: FIDEICOMISO JUAN MOLINA 238 - cuit: 30716202174

CUIP:
0726201002000000000000000000089458670000000000515201356404850-10000052088200000012100100 10

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 01-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del del 26-09-2025
Término (en días)	**Plan**
56	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
8139783	01-08-2025

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE CARLINO LUIS ADOLFO
DOMICILIO PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749
LOCALIDAD BAHIA BLANCA
CÓDIGO POSTAL B8000LPM
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20135640485 / 13564048
ASEGURADO NRO. 3117134

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37862003	CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB	20-08-1993	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 13564048	CARLINO LUIS ADOLFO	13-10-1959	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
8	DNI 35398206	FERNANDO OSSES	13-07-1990	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
13	DNI 44831554	GARCIA GERMAN GASTON	05-02-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 147801255	GARRIDO JUAN CARLOS	24-10-1961	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
14	DNI 32252947	INSABRALDIS DAVID MOISES	11-11-1985	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
15	DNI 41194742	SCHREIBER BENJAMIN	31-07-1998	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
12	DNI 44764878	SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL	07-01-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37862003	CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB	20-08-1993	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 13564048	CARLINO LUIS ADOLFO	13-10-1959	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
8	DNI 35398206	FERNANDO OSSES	13-07-1990	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
13	DNI 44831554	GARCIA GERMAN GASTON	05-02-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 147801255	GARRIDO JUAN CARLOS	24-10-1961	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
14	DNI 32252947	INSABRALDIS DAVID MOISES	11-11-1985	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
15	DNI 41194742	SCHREIBER BENJAMIN	31-07-1998	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
12	DNI 44764878	SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL	07-01-2003	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 8945867

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
CARLINO LUIS ADOLFO	PRES HIPOLITO YRIGOYEN N* 749	01-08-2025
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20135640485 / 13564048	BAHIA BLANCA	5
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
CONSUMIDOR FINAL	BUENOS AIRES	01-08-2025
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
3117134	B8000LPM	26-09-2025
	Ag. / Prod / Org	
	10 6144 - IAQUINANDI JOSE FRANCISCO 63253 - HBO BROKER SOCIEDAD ANONIMA	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	26-08-2025	$ 142,704.03
TOTALES:		**$ 142,704.03**
A debitar de tarjeta cta. nro.: 3778*****9693**		**AMERICAN EXPRESS**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	116,874.72
SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS)	$	116,874.72
IVA	$	24,543.69
SUB-TOTAL	$	141,418.41
TASA SUPERINTENDENCIA	$	701.25
CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES	$	584.37
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	142,704.03

Las compañías de seguros se encuentran exceptuadas de la obligación de emitir comprobantes,dispuesta por la Resolución General N 1415/03 de la AFIP, conforme lo establecido en el Inciso d) de su Anexo I.

El cómputo del crédito fiscal dependerá, entre otras cuestiones que establezca la normativa vigente,de la condición de IVA del sujeto receptor del presente comprobante.

Régimen de Transparencia Fiscal al Consumidor (Ley 27.743)
IVA contenido: 24543.69
Otros impuestos nacionales indirectos: 0

SELF

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Asociart ART

N° Póliza Digital:	**4850384**
RAZÓN SOCIAL:	**CARLINO LUIS**
CUIT N°:	**20-13564048-5**
DOMICILIO:	**H YRIGOYEN 863 C.P. 8000 BAHIA BLANCA, BUENOS AIRES**

Conste por la presente que ASOCIART S.A. ART, renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra: ----------

BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193

sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el Art. 39, op. 5 de la Ley N° 24.557 sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex depediente de: **CARLINO LUIS**

amparado por la cobertura del contrato de Afiliación N°: **4850384** por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.
Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, normas complementarias y decretos reglamentarios.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CLÁUSULA: desde **04/08/2025** hasta **31/08/2025**

N° de Certificado: **13822341**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN CON NÓMINA

Asociart ART

Conste por el presente que:

RAZÓN SOCIAL: **CARLINO LUIS**

CUIT: **20-13564048-5**

Ha celebrado la póliza digital N° **4850384** con ASOCIART S.A. ART en los términos de la ley de Riesgos del Trabajo N° 24557 y sus decretos reglamentarios, desde el **13/08/2019.**

Vigencia: Desde: **1/9/2024** Hasta: **31/8/2025**

Certificamos que los trabajadores que se detallan a continuación se encuentra cubiertos a la fecha por ASOCIART S.A. ART y son personal de **CARLINO LUIS**

CUIL	APELLIDO/S y NOMBRE/S
20-23289747-4	ACHILLI FERNANDO WALTER
20-44882891-4	ALVARES ALEJO VALENTIN
20-32978024-5	IRIARTE JOSE FRANCISCO
20-35017193-3	QUINTERO JORGE LUIS
27-37551987-4	RINCON BRENDA

A solicitud del interesado se extiende el presente certificado para ser presentado ante BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193. La presente nómina está sujeta a presentación de DDJJ.

N° Certificado: **13822342**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN CON NÓMINA

Asociart ART

Conste por el presente que:

RAZÓN SOCIAL: **CARLINO LUIS**

CUIT: **20-13564048-5**

Ha celebrado la póliza digital N° **4850384** con ASOCIART S.A. ART en los términos de la ley de Riesgos del Trabajo N° 24557 y sus decretos reglamentarios, desde el **13/08/2019.**

Vigencia: Desde: **1/9/2024** Hasta: **31/8/2025**

Certificamos que los trabajadores que se detallan a continuación se encuentra cubiertos a la fecha por ASOCIART S.A. ART y son personal de **CARLINO LUIS**

CUIL	APELLIDO/S y NOMBRE/S
20-23289747-4	ACHILLI FERNANDO WALTER
20-44882891-4	ALVARES ALEJO VALENTIN
20-32978024-5	IRIARTE JOSE FRANCISCO
20-35017193-3	QUINTERO JORGE LUIS
27-37551987-4	RINCON BRENDA

A solicitud del interesado se extiende el presente certificado para ser presentado ante BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193. La presente nómina está sujeta a presentación de DDJJ.

N° Certificado: **13822319**

Carla L. Coringrato
Gerente Técnico

Bahía Blanca, 4 de Agosto de 2025

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-37862003-2
CARLINO DAVID ELEAZAR JACOB
HIPOLITO YRIGOYEN 749 Piso:1
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

F

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-01-2016

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **02-09-2025 a 02-10-2025** Hora **09:53:35** Verificador **209399965309**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

Presentación de DJ por Internet
Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-13564048-5**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	22127
Cantidad de registros:	131

Fecha de Presentación:	2025-08-07 Hora: 12:15:46
Nro. de Transacción:	1111217306
Código de Control:	6#Vg6z
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20135640485.fecha.20250807.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)
[e8170a0e69486a020498cdffe1b7978a]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312013564048500030107256

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

Presentación de DJ por Internet
Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-13564048-5**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	22127
Cantidad de registros:	131

Fecha de Presentación:	2025-08-07 Hora: 12:15:46
Nro. de Transacción:	1111217306
Código de Control:	6#Vg6z
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20135640485.fecha.20250807.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)
[e8170a0e69486a020498cdffe1b7978a]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312013564048500030107256

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

ARCA VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	1500026846
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ07/25
CUIT:	**20-13564048-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-07
Generado desde la presentación de DJ nro:	1111217306
Fecha Generación:	2025-08-07 Hora: 12:16:11
Día de Expiración:	2025-09-06

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$848.546,60
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$659.780,72
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$237.166,36
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$119.520,13
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$232.547,78
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$1.673,40
Importe total a pagar	**$2.099.234,99**

Para efectuar el pago ingrese a:
https://web.pagomiscuentas.com/login

ARCA VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	1500026846
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ07/25
CUIT:	**20-13564048-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2025-07
Generado desde la presentación de DJ nro:	1111217306
Fecha Generación:	2025-08-07 Hora: 12:16:11
Día de Expiración:	2025-09-06

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$848.546,60
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$659.780,72
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$237.166,36
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$119.520,13
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$232.547,78
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$1.673,40
Importe total a pagar	**$2.099.234,99**

Para efectuar el pago ingrese a:
https://web.pagomiscuentas.com/login

Usuario: LUIS ADOLFO CARLINO
CUIT: **20-13564048-5**
Contribuyente: LUIS ADOLFO CARLINO
ART Contratada: 00396 - ASOCIART
Seguro Colectivo: S192 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES

Cerrar Sesión — Ayuda en línea

jueves, 07 de agosto de 2025

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	20-13564048-5
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	5
Suma de Rem. 1:	4.562.063,94
Suma de Rem. 2:	4.562.063,94
Suma de Rem. 3:	4.562.063,94
Suma de Rem. 4:	4.687.063,94
Suma de Rem. 5:	4.562.063,94
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	4.687.063,94
Suma de Rem. 9:	4.687.063,94
Suma de Rem. 10:	4.527.045,54

Apellido y Nombre o Razón Social:

LUIS ADOLFO CARLINO

Nro. Verificador: 022127

Domicilio Fiscal: HIPOLITO IRIGOYEN 749 BAHIA BLANCA V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	659.780,72
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**659.780,72**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	857.051,78
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	855.251,78
	Retenciones	6.705,18
	Contribuciones S.S. a pagar	**848.546,60**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	119.520,13
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**119.520,13**
b1 -	Total de contribuciones	239.040,26
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	239.040,26
	Retenciones	1.873,90
	Contribuciones O.S. a pagar	**237.166,36**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	8.579,08
Total retenciones	8.579,08
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	6.705,18
Retenciones aplicadas a Obra Social	1.873,90
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	5	7.100,00
Remun. con ART	4.687.063,94	225.447,78
L.R.T. total a pagar		**232.547,78**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	5 - 1.673,40
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**1.673,40**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde — Porcentaje: 0,00 — Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 35.018,40

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**848.546,60**	302 - Aportes de Obra Social	**119.520,13**
301 - Aportes de Seguridad Social	**659.780,72**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**232.547,78**
352 - Contribuciones de Obra Social	**237.166,36**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**1.673,40**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

Galicia

Office Banking

Identificador de la operación: LQ8CE1W405

Datos del pago

Tipo de operación
Pago de servicios

Identificación
20135640485135640 48

Estado
Realizado

Fecha y hora de pago
12/08/2025 14:01:32 h

Monto
$ 2.099.234,99

Servicio
ARCA VEP

Nro. de VEP
001500026846

SIJPDJ ICS
0351-019-019

Período
2025/07

Nº de transacción
9596

Anticipo/Cuota
000

Datos del pagador

CUIT
20-13564048-5

Medio de pago
CC $ N° 000072307293

Datos particulares

Nro. de factura
00150002684625070 00

Nro. de control
7942

Información adicional
00150002684635101901919 31 SIJPDJ

COMPROBANTE VALIDO DE PAGO. CONSERVELO

Salvo error u omision (S.E.U.O.)

PagoMisCuentas

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

Información de Póliza

TOMADOR **CARLINO LUIS ADOLFO**	RAMO **Vida Colectivo**	LUGAR Y FECHA EMISIÓN **Bahía Blanca, 09/02/2025**	N° SOCIO **04-08009864**
DIRECCIÓN **YRIGOYEN 861**	SUBRAMO **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74**	VIGENCIA DESDE **00HS DEL 01/03/2025**	C.U.I.T. **20-13564048-5**
LOCALIDAD - PROVINCIA **8000 - BAHIA BLANCA BUENOS AIRES**	N° PÓLIZA / N° FACTURA **01-04-17-75014899** ENDOSO **0**	VIGENCIA HASTA **00Hs. del 01/03/2026**	COND. IVA **Inscripto**
	CONCEPTO **Renovación (Póliza 01-04-17-75010350)**		CLAVE LINK/BANELCO **0408009864**

Condiciones Particulares

Esta aseguradora se encuentra inscripta con el N° 181, en el Registro Especial del Seguro de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Estándar

Tasa de prima mensual por mil	0,205

DA18EC6D9DBE4C4399AAF33E

Costos del Seguro

PRIMA	REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	I.V.A. R.G. 3337
$0,00	$0,00	0,000 %	$0,00	$0,00	$0,00

PERC. IB. TOTAL*	IMPUESTOS / TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC. TSeH LA PLATA	DERECHO DE EMISIÓN
$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0

Premio **$0,00**

Cuotas / Medio de pago

MEDIO DE PAGO	ENTIDAD DE COBRO	FRECUENCIA DE FACTURACION
AFIP	**AFIP**	**Mensual**

Recordá que ante cualquier duda podes consultar a tu Productor, como así también que toda la documentación que conforma el contrato, se encuentra a disposición en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) y en la APP de San Cristóbal Seguros (Disponible para Android y IOS).

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por Res. 35.333. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

PRODUCTOR
04-005219 - LUCIANO ADRIAN DEL GOBBO

MATRÍCULA
52889

ORGANIZADOR
04-005220 - LUCIANO ADRIAN DEL GOBBO

Diego Guaita
Gerente General

Verifique aquí los principales datos de su póliza

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CARLINO LUIS ADOLFO	04-08009864	Vida Colectivo	01-04-17-75014899	0

Detalle de Coberturas

Tendrá cobertura todo y solamente el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el "Listado de Relaciones Laborales Activas" del sistema "Mi Simplificación"

Coberturas	Suma Asegurada Individual
Muerte por enfermedad o accidente - VC	$1.632.576

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**

En caso de que ocurriera el fallecimiento de algunos de los asegurados, San Cristóbal S.M.S.G., una vez recibidas y aceptadas las pruebas respectivas, abonará el capital que corresponda según las Condiciones de esta póliza. El contratante deberá satisfacer la prima inicial en la fecha de vigencia estipulada, permaneciendo esta póliza en vigor mientras se continúen abonando las primas sucesivas. Resolución de la Unidad de Información Financiera: Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

46 - 90

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

FITZ ROY 30 - BAHIA BLANCA - BUENOS AIRES - TEL: (0291) 5506200
bahiablanca@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CARLINO LUIS ADOLFO	**04-08009864**	**Vida Colectivo**	**01-04-17-75014899**	**0**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:

- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-14780125-5
GARRIDO JUAN CARLOS
REMEDIOS DE ESCALADA 920
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

G

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-08-2009

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025** Hora **12:34:34** Verificador **208169174534**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-35398206-1
OSSES FERNANDO DAVID
MISIONEROS 1815
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

D

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-01-2020

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(INSCRIPCIÓN DE OFICIO)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025** Hora **12:36:36** Verificador **210375355539**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-44764878-5
SUBIA CRUZ BRAIAN AXEL
MARTIN MALHARRO 3228
BAHIA BLANCA
8000-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

C

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-04-2024

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-05-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - BAHIA BLANCA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-04-2024

ACTIVIDAD: F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **04-08-2025 a 03-09-2025**

Hora **12:37:33** Verificador **202469022359**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

BANCO DE LA NACION ARGENTINA - SUC. PLAZA DE MAYO - UNION OBRERA METALURGICA DE LA R.A.
Cuota Sindical

CUIT	EMPRESA	NUMERO	SECCIONAL
20-13564048-5	CARLINO LUIS ADOLFO	1202	4

CANT.PERS.	TOTAL REMUNERACIONES	CUOTA SINDICAL	PERIODO LIQUIDADO
4	$3,786,674.93	2.5 %	2025/07

Vencimiento 12/08/2025
Fecha 19/08/2025
Importe $94,666.87
Intereses $607.45

☐ EFECTIVO

62814/97

☐ CHEQUE
GIRO N° _____

C/ BANCO _____

TOTAL DEPOSITADO
$95,274.32

Noventa y Cinco Mil
Doscientos Setenta y Cuatro
con 32/100

22013564048500401202072025003786674930000040000952743 2

ID: 1496437 CBU: 0110599520000062814979 30-71781058-5 BANCO

BANCO DE LA NACION ARGENTINA - SUC. PLAZA DE MAYO - UNION OBRERA METALURGICA DE LA R.A.
Cuota Sindical

CUIT	EMPRESA	NUMERO	SECCIONAL
20-13564048-5	CARLINO LUIS ADOLFO	1202	4

CANT.PERS.	TOTAL REMUNERACIONES	CUOTA SINDICAL	PERIODO LIQUIDADO
4	$3,786,674.93	2.5 %	2025/07

Vencimiento 12/08/2025
Fecha 19/08/2025
Importe $94,666.87
Intereses $607.45

☐ EFECTIVO

62814/97

☐ CHEQUE
GIRO N° _____

C/ BANCO _____

TOTAL DEPOSITADO
$95,274.32

Noventa y Cinco Mil
Doscientos Setenta y Cuatro
con 32/100

22013564048500401202072025003786674930000040000952743 2

ID: 1496437 CBU: 0110599520000062814979 30-71781058-5 COPIA

Galicia

Transferencia enviada

$95.274[32]

14/08/2025 · 19:13 h

cuota sindic

De:

LUIS ADOLFO CARLINO

CUIT 20-13564048-5

CC $ N° 723-0 729-3

Cuenta en **Banco De Galicia S.A.U**

Para:

Fideicomiso Union Obrera Metalurgica De

CUIT 30-71781058-5

CBU 0110599520000062814979

Cuenta en **BCO. NACION ARGENTINA**

Concepto

Facturas

N° de operación

38455597480

INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura
Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

VIDA COLECTIVO

FECHA DE EMISIÓN:	02/09/2025

TOMADOR:	GRUPO FUSION S R L , .		
CUIT:	30717928551		
PÓLIZA N°:	000000017989		
DOMICILIO:	AV CONSTITUYENTES , ----- , 597 , -----		
PROVINCIA:	Chubut	**CÓD. POSTAL:**	9000
FECHA INICIO DE VIGENCIA:	01/09/2025		
FECHA FIN DE VIGENCIA:	30/09/2025		
PRODUCTOR:	DIE, MARIA CELESTE		

NÓMINA DE ASEGURADOS

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL/DNI
VERGARA, DANIEL ENRIQUE	20167566236
CORONEL , CLAUDIO GUSTAVO	20243459851
VARGAS , JOSE LUCIANO	20403836371
MARQUEZ , SANTIAGO	20464650289
ROYO, ANDREA FABIANA	27207843380

NÓMINA DE ASEGURADOS (Continuación)

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL/DNI

Conste por la presente constancia de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto, amparado lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto N° 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Riesgos Cubiertos :

Fallecimiento por enfermedad o accidente	**Hasta**	$ 1.632.576,00



David Rey Goitia (Apoderado)

La presente constancia se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el s.u.s.s. (sistema único de la seguridad social) o no posee alta temprana, de la misma fecha.
El tomador no abona la prima perteneciente al periodo que corresponda dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho periodo facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia. O Si posee deuda de períodos anteriores. La presente constancia carece de validez si no se encuentra con los pagos al día y el personal en nómina no se ha informado correctamente en el SUSS.

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 (C1063ACD)
Ciudad de Bs. As., Argentina.
30-70496198-3

Vida Obligatorio FACTURA POLIZA

INTĒGRITY SEGUROS

C.U.I.T. N° 30-70496198-3
Imp. Internos a los Seguros
I.V.A. Responsable Inscripto
Ing. Brutos: CONV. MULT. N° 901-039695-9

296993670197550
Póliza impresa en fecha: 2/09/2025

Intégrity Seguros Argentina S.A. en adelante ("El Asegurador") bajo las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza, las que han sido convenidas de buena fe y de conformidad con la solicitud de seguros presentada por:

Tomador:	GRUPO FUSION S R L .
Domicilio:	AV CONSTITUYENTES - N° 597 - Piso - Dto
C.P.:	9000 **Localidad:** COMODORO RIVADAVIA
Provincia:	Chubut
Cond. de IVA:	IVA Responsable Inscripto
CUIT:	30717928551

Producto:	Vida Obligatorio Decreto 1567/
Cobertura:	Vida Obligatorio Decreto 1567/74
Cant. Asegurados:	5

Asegurado N°:	P0002675090
Sección:	19 Vida Obligatorio
Póliza:	000000017989
Endoso:	00000
Operación:	NUEVA
Fecha de Emisión:	01/09/2025
Vigencia Desde:	01/09/2025
Vigencia Hasta:	30/09/2025
Fin de Contrato:	31/08/2026
Moneda:	PESOS
Casillero N°:	1026 - 01

Objeto del Seguro	Suma Asegurada Individual
Fallecimiento por enfermedad o accidente	1.632.576

Forman parte de esta póliza los Anexos, Condiciones Generales y Particulares y las Cláusulas siguientes, quedando nulas las no mencionadas.

Anexos:

Cláusulas: CP,,1

PLAN DE PAGO: **FORMA DE PAGO:** P&C TRF BCO NACION - SCVO

Vencimiento	Importe	Vencimiento	Importe
30/09/2025	1.685,39		

PAGO QR

PRIMA	1.673,39
Rec. Financiero	,00
Derechos de emisión	12,00
I.V.A.	,00
Base Imp. IVA	1.685,39
SUB-TOTAL	1.685,39
Perc. IIBB (Chubut)	,00
Otros impuestos	,00
PREMIO	1.685,39
TOTAL A PAGAR	1.685,39

Productor / Organizador

Mat.(78828) 3098228 DIE, MARIA CELESTE

Mat.(78828) 3098228 DIE, MARIA CELESTE

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Resolucion/Proveido: 35890

En consideración a las declaraciones suscriptas por el Contratante, a las constancias de las solicitudes de los asegurados y el pago de las primas que se estipulan, Intégrity Seguros Argentina S.A. (en adelante el Asegurador), con domicilio en Av. Paseo Colón 357, Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, se OBLIGA A PAGAR en su oficina central en la ciudad de Buenos Aires, inmediatamente después de recibidas las pruebas de Fallecimiento de cualquier asegurado, la suma correspondiente al seguro respectivo, de conformidad con los términos de la póliza.

CUIC *41AF38617EEF39E738D33C46017989/0*

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 - C1063ACD-Capital Federal
Tel: (54-11) 4346-0400 / 4104-0000 - www.integrityseguros.com.ar

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 0810-333-3455. LOS DATOS DE LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN LA PÁGINA WEB WWW.INTEGRITYSEGUROS.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.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

CP - CONDICIONES PARTICULARES

ANEXO I
REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO Nº 1567/74

ARTICULO 1 - OBJETO

EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PREVISTO EN EL DECRETO Nº 1567/74 CUBRE EL RIESGO DE MUERTE E INCLUYE EL SUICIDIO COMO HECHO INDEMNIZABLE, SIN LIMITACIONES DE NINGUNA ESPECIE, DE TODO TRABAJADOR EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, CUYOS EMPLEADORES SE ENCUENTREN O NO OBLIGADOS CON EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA COBERTURA:
A)□LOS TRABAJADORES RURALES PERMANENTES AMPARADOS POR LA LEY Nº 16.600.
B)□LOS TRABAJADORES CONTRATADOS POR UN TÉRMINO MENOR A UN MES.

ARTÍCULO 3 - PRESTACION

LA PRESTACIÓN ESTABLECIDA POR EL DECRETO Nº 1567/74 ES INDEPENDIENTE DE TODO OTRO BENEFICIO SOCIAL, SEGURO O INDEMNIZACIÓN DE CUALQUIER ESPECIE QUE SE FIJE O HAYA SIDO FIJADA POR LEY, CONVENCIÓN COLECTIVA DE TRABAJO O DISPOSICIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL O DEL TRABAJO.
LOS TRABAJADORES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA QUE PRESTEN SERVICIOS PARA MÁS DE UN EMPLEADOR, SÓLO TENDRÁN DERECHO A LA PRESTACIÓN DEL SEGURO, UNA SOLA VEZ. LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO QUEDA A CARGO Y ES OBLIGACIÓN DEL EMPLEADOR ANTE EL QUE EL TRABAJADOR CUMPLA LA MAYOR JORNADA MENSUAL LABORAL Y, EN CASO DE IGUALDAD, QUEDARÁ A OPCIÓN DEL TRABAJADOR.

ARTÍCULO 4 - CONTRATACION DEL SEGURO

LAS PÓLIZAS DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74, AUTORIZADAS A LAS ENTIDADES, SERÁN TOMADAS POR LOS EMPLEADORES EN CUALQUIER ENTIDAD ASEGURADORA, QUE SE ENCUENTRE INSCRIPTA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE CARÁCTER PÚBLICO QUE LLEVA LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

ARTICULO 5 - PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS

EL COSTO DEL SEGURO ESTARÁ A CARGO DEL EMPLEADOR.
LA SUMA ASEGURADA, LAS PRIMAS Y LOS CONCEPTOS QUE DE ELLOS SE DERIVAN, DEBEN EXPRESARSE EN MONEDA DE CURSO LEGAL.
-□PRIMA: LA PRIMA SE FIJA EN PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) MENSUALES POR CADA PESOS MIL ($ 1.000).
-□SUMA ASEGURADA: LA SUMA ASEGURADA SERÁ EQUIVALENTE A 5,5 SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARÁ ANUALMENTE CONFORME AL ÚLTIMO SMVM PUBLICADO AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1° DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE. LA SSN COMUNICARÁ ANUALMENTE CON LA SUFICIENTE ANTELACIÓN LA MISMA, TANTO A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AUTORIZADAS PARA SU CORRECTA EMISIÓN Y ENDOSOS DE PÓLIZAS QUE CORRESPONDAN, COMO ASÍ TAMBIÉN A LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR MENSUAL DE LA PRIMA INDIVIDUAL EN EL SISTEMA DE DECLARACIÓN JURADA (F.931) QUE UTILIZAN LOS EMPLEADORES PARA EL PAGO CORRESPONDIENTE DE PRIMAS.

ARTICULO 6 - AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA

PARA OPERAR EN LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74, LAS ENTIDADES DEBERÁN ESTAR EXPRESAMENTE AUTORIZADAS A OPERAR EN LA RAMA VIDA, Y SOLICITAR SU INSCRIPCIÓN EN EL "REGISTRO ESPECIAL DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74" QUE LLEVA LA SSN. EN LOS CASOS DE TRANSFERENCIA DE LA RAMA VIDA O CESIÓN DE LA CARTERA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74, LAS ENTIDADES CESIONARIAS DEBERÁN CONTAR CON LA PERTINENTE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO. A LOS FINES DE LA INSCRIPCIÓN, LAS ENTIDADES ACOMPAÑARÁN COPIA AUTÉNTICA DEL ACTA DEL ÓRGANO DIRECTIVO QUE REFLEJE LA DECISIÓN DE OPERAR EN LA COBERTURA E INFORMARÁ LA FECHA Y EL NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE SSN QUE LA AUTORIZA A OPERAR EN LA RAMA VIDA.

ARTICULO 7 - SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
-□SOLICITUD DEL SEGURO: LAS SOLICITUDES DE SEGURO QUE FORMULEN LOS TOMADORES SERÁN ACOMPAÑADAS DE MANERA INDEFECTIBLE CON:
A)□COPIA DE LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONAL EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) O EN SU REEMPLAZO EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN", AMBOS A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP).
B)□CONSTANCIA DE BAJA DE LA COBERTURA CORRESPONDIENTE AL PERÍODO ANTERIOR, EMITIDA POR LA ASEGURADORA DESDE EL SISTEMA KAUSAY EN CASO DE CORRESPONDER, A FIN DE EVITAR QUE UN MISMO EMPLEADOR POSEA MÁS DE UNA PÓLIZA VIGENTE PARA UN MISMO PERÍODO.
A PARTIR DEL MOMENTO DE INICIO DE LA COBERTURA QUEDA INCLUIDO EN LA MISMA TODO EL PERSONAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA DECLARADO AL SUSS O EL QUE FIGURE EN EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN".
CUANDO EL TOMADOR EMPLEADOR - CONTRATANTE NO ESTUVIERE INCLUIDO EN EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL SERÁ SU OBLIGACIÓN COMUNICAR A LA ASEGURADORA AL MOMENTO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE SEGURO, EL NÚMERO DE CUIL (CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN LABORAL) DEL PERSONAL ASEGURADO Y EN CASO DE MENORES, EL NÚMERO DE LA CUENTA DE LA CAJA DE AHORRO

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

ESPECIAL, Y MANTENER ESTA NÓMINA ACTUALIZADA CON LAS ALTAS Y BAJAS PRODUCIDAS.
- EMISIÓN Y ENTREGA DE PÓLIZA - FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: LAS ASEGURADORAS EMITIRÁN LAS PÓLIZAS EN DONDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA SEA COINCIDENTE CON EL PRIMER DÍA DEL MES CALENDARIO. ESTO TAMBIÉN ES APLICABLE A LAS RENOVACIONES.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DEBERÁN ENTREGAR LA PÓLIZA AL TOMADOR POR UN MEDIO QUE PERMITA COMPROBAR SU RECEPCIÓN DENTRO DE LOS 15 (QUINCE) DÍAS DE CELEBRADO EL CONTRATO.
DICHA PÓLIZA DEBERÁ EMITIRSE ANUALMENTE. CONSIGNARÁ EN SU FRENTE SUPERIOR EL TEXTO "SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74" Y CONTENDRÁ EL NÚMERO DE REGISTRO Y SU FECHA DE EMISIÓN, EL NOMBRE, DOMICILIO Y DEMÁS DATOS PERSONALES DEL TOMADOR, CAPITAL ASEGURADO, PRIMA VIGENTE AL INICIO DE LA COBERTURA, PLAZO Y CONDICIONES DE PAGO Y RIESGO CUBIERTO, COMO ASÍ TAMBIÉN, LA CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC).
NO OBSTANTE LO INDICADO PRECEDENTEMENTE, LOS DATOS DE LAS PÓLIZAS EMITIDAS DEBERÁN EXHIBIRSE A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA A FIN DE QUE LOS EMPLEADORES-TOMADORES ACCEDAN DE MANERA ÁGIL Y RÁPIDA A LOS MISMOS.
A LOS EFECTOS DE FACILITAR LA INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS, EL TOMADOR DE LA PÓLIZA DEBERÁ EXHIBIR UN AFICHE DONDE SE INDIQUE:
A) ASEGURADORA DONDE SE ENCUENTRA VIGENTE LA COBERTURA, DOMICILIO, TELÉFONOS, Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA.
B) COMO MÍNIMO, INCLUIRÁ LA INFORMACIÓN QUE SE SEÑALA EN EL ANEXO I) DEL PRESENTE.
C) AL PIE SE INDICARÁ QUE CUALQUIER CONSULTA O DENUNCIA RELATIVA A ESTA COBERTURA DEBE DIRIGIRSE A LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, CON SU DIRECCIÓN, TELÉFONOS Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA.
EL ARTE DEL AFICHE DEBERÁ CONTEMPLAR LA UNIFORMIDAD DE MEDIDAS TIPOGRÁFICAS Y TENER COMO MÍNIMO UN (1) TAMAÑO DE SESENTA CENTIMETROS (60 CM) DE ALTO POR CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS (45 CM) DE ANCHO.
ESTE AFICHE DEBERÁ SER PROVISTO POR LA ASEGURADORA CONJUNTAMENTE CON LA ENTREGA DE LA PÓLIZA. LAS ASEGURADORAS SE ENCUENTRAN OBLIGADAS A ENTREGAR LOS MISMOS DE MANERA GRATUITA A TODOS LOS TOMADORES DEL SEGURO Y A REPONER LOS AFICHES PARA GARANTIZAR LA EXHIBICIÓN EN TODO MOMENTO DE AL MENOS 1 (UNO) AFICHE POR CADA ESTABLECIMIENTO.
LA EXHIBICIÓN DEL AFICHE ES OBLIGATORIA POR PARTE DE LOS EMPLEADORES - TOMADORES DEL SEGURO, QUIENES EXPONDRÁN AL MENOS 1 (UNO) POR ESTABLECIMIENTO, EN LUGARES DESTACADOS QUE PERMITAN LA FÁCIL VISUALIZACIÓN POR PARTE DE TODOS LOS TRABAJADORES. ASIMISMO LOS EMPLEADORES VERIFICARÁN LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LOS AFICHES, SOLICITANDO LA REPOSICIÓN A SU ASEGURADORA EN CASO DE DETERIORO, PÉRDIDA O SUSTRACCIÓN.
ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR - TOMADOR DEL SEGURO, CUMPLIMENTAR TODOS LOS RECAUDOS EXIGIDOS EN LA NORMATIVA.

ARTÍCULO 8 - DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

TODO EL PERSONAL ASEGURADO TIENE EL DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIOS.
LA ASEGURADORA DEBERÁ EXIGIR AL TOMADOR QUE EFECTÚE LA COMUNICACIÓN A LOS ASEGURADOS EN ORDEN AL DERECHO DE DESIGNAR BENEFICIARIOS, PARA LO CUAL, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE CONTRATADA LA COBERTURA O DE DENUNCIADA LA INCORPORACIÓN DEL NUEVO EMPLEADO, SEGÚN CORRESPONDA, LA ASEGURADORA DEBERÁ PROVEER AL TOMADOR DEL SEGURO, POR CADA ASEGURADO, EL "FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS" QUE COMO ANEXO II) FORMA PARTE DEL PRESENTE.
EN EL "FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS" QUE LE PROPORCIONARÁ EL EMPLEADOR; EL ASEGURADO CONSIGNARÁ, EL LUGAR Y LA FECHA E INSTITUIRÁ A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SEGURO, DETERMINANDO EN SU CASO, LA CUOTA PARTE QUE LE ASIGNA A CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, ADEMÁS DEL DOMICILIO, TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL ASEGURADO.
EN CASO DE NO EFECTUARSE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S O SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, SE ESTARÁ A LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241.
A EFECTOS DE ACREDITARSE TALES EXTREMOS SE TOMARÁ EN CONSIDERACIÓN LA DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) O SIMILAR EMITIDO POR LA CAJA PROVISIONAL RESPECTO DE LA CUAL RESULTARE APORTANTE EL FALLECIDO.
EL COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO Y DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEBE SER DEBIDAMENTE COMPLETADO POR EL TOMADOR Y EL ASEGURADO.
EL ORIGINAL Y DUPLICADO QUEDARÁ EN PODER DEL TOMADOR QUIEN PRESENTARÁ EL ORIGINAL A LA ASEGURADORA CUANDO RECLAME EL PAGO DEL BENEFICIO Y EL TRIPLICADO SERÁ ENTREGADO POR EL TOMADOR AL EMPLEADO ASEGURADO.
EL ASEGURADOR QUE PAGARE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ARTÍCULO, QUEDA LIBERADO DE TODA RESPONSABILIDAD FRENTE AL SINIESTRO.

ARTICULO 9 - VIGENCIA - PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA

ÚNICAMENTE, EN LOS CASOS DE INICIACIÓN DE ACTIVIDADES, EL EMPLEADOR TENDRÁ TREINTA (30) DÍAS DE PLAZO PARA TOMAR EL SEGURO. QUIENES TOMEN EL SEGURO EN EL PLAZO INDICADO TENDRÁN CUBIERTOS LOS SINIESTROS QUE SE PRODUZCAN DESDE ESA FECHA. VENCIDO DICHO PLAZO Y NO CONTRATADA LA COBERTURA ÉSTA REGIRÁ A PARTIR DE LA HORA 0 (CERO) DEL TRIGÉSIMO PRIMER DÍA POSTERIOR A LA SOLICITUD DEL SEGURO.
LAS ASEGURADORAS AL EMITIR LAS PÓLIZAS CORRESPONDIENTES POR INICIO DE ACTIVIDADES DE LOS EMPLEADORES, DEBERÁN TOMAR EN CONSIDERACIÓN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7 DEL PRESENTE ANEXO.
EN EL CASO EN QUE EL TOMADOR HUBIERA CONTRATADO LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1567/74 EN UNA ENTIDAD ASEGURADORA Y:
A) RESOLVIERA CONTRATARLA CON OTRA, EXISTIENDO CONTINUIDAD ASEGURATIVA NO LE ALCANZA EL PLAZO DE CARENCIA MENCIONADO EN EL PRESENTE ARTÍCULO. EN ESTE CASO, SE DEBERÁN CUMPLIMENTAR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 7º Y 8º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
B) DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DECIDIERA CAMBIAR DE ASEGURADORA Y A FIN DE MANTENER LA CONTINUIDAD ASEGURATIVA, DICHO CAMBIO COMENZARÁ A REGIR A PARTIR DEL DÍA PRIMERO DEL MES CALENDARIO SIGUIENTE A LA BAJA DE LA ANTERIOR COBERTURA.
PARA EMITIR LA PÓLIZA, LA NUEVA ENTIDAD ASEGURADORA DEBERÁ EXIGIR AL TOMADOR-EMPLEADOR UNA CONSTANCIA DE BAJA DE COBERTURA, EMITIDA POR LA ANTERIOR ASEGURADORA DESDE EL SISTEMA KAUSAY, A FIN DE EVITAR QUE UN MISMO EMPLEADOR POSEA MÁS DE UNA PÓLIZA VIGENTE PARA UN MISMO PERÍODO.
LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR COMIENZA A LA HORA CERO (0) DEL DÍA EN QUE SE INICIE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA Y FINALIZA A LA HORA VEINTICUATRO (24) DEL ÚLTIMO DÍA DE VIGENCIA ESTIPULADO.

ARTICULO 10 - DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES

INTEGRITY

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

DE SEGUROS - EXENCION DE TASA UNIFORME

EL DERECHO DE EMISIÓN ES ANUAL, PODRÁ PERCIBIRLO EL ASEGURADOR CUANDO SE EMITA O RENUEVE UNA PÓLIZA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE ESCALA:
-□HASTA VEINTICINCO (25) ASEGURADOS: □PESOS DOCE ($ 12).
-□ENTRE VEINTISEIS (26) Y CINCUENTA (50) ASEGURADOS: □PESOS DIECISIETE ($ 17).
-□MÁS DE CINCUENTA (50) ASEGURADOS: □PESOS VEINTICINCO (□$ 25).
EL TOMADOR-EMPLEADOR, CUANDO CORRESPONDA, DECLARARÁ Y ABONARÁ EL DERECHO DE EMISIÓN A TRAVÉS DEL APLICATIVO DEL SICOSS
DE LAS PRIMAS PERCIBIDAS, LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DESTINARÁN UN VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), PARA ATENDER LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE ESTA COBERTURA.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS PODRÁN RECONOCER A LOS PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS UNA PARTICIPACIÓN DE LOS FONDOS PROVENIENTES DE LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN. LA LIQUIDACIÓN DE LAS PARTICIPACIONES SERÁ EFECTUADA POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.
ATENTO A LA NATURALEZA PARTICULAR DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO Nº 1567/74 NO LE RESULTA DE APLICACIÓN LAS PREVISIONES DEL ARTÍCULO 81º DE LA LEY Nº 20.091.

ARTÍCULO 11 - PAGO DEL PREMIO

EL PREMIO CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE COBERTURA SERÁ DECLARADO E INGRESADO DIRECTAMENTE POR EL TOMADOR-EMPLEADOR CON LAS MISMAS MODALIDADES, PLAZOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL, EN FUNCIÓN DE LA NÓMINA DEL MES QUE DECLARA TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE, A PARTIR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2º Y LO DETERMINADO EN EL ARTÍCULO 6º DE LA RESOLUCIÓN SSN N° 35.333 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2010 Y SUS MODIFICATORIAS.
LO DISPUESTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR TAMBIÉN SERÁ DE APLICACIÓN RESPECTO DE LOS EMPLEADORES NO OBLIGADOS CON EL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS PÓLIZAS QUE AMPAREN A LOS TRABAJADORES DOMÉSTICOS ENCUADRADOS EN EL ARTÍCULO 1º DE LA LEY N° 26.844, LAS QUE SERÁN ABONADAS DIRECTAMENTE A LAS ASEGURADORAS. A TAL EFECTO LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS QUEDA FACULTADA PARA DICTAR LAS NORMAS OPERATIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.
LA AFIP ESTABLECERÁ LOS MECANISMOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS A LAS RESPECTIVAS ASEGURADORAS.
EN EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NÓMINA DE PERSONAL DEL TOMADOR SE ACTUARÁ CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 18º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
SI EL EMPLEADOR DETERMINARA E INGRESARA EL MONTO DEL PREMIO, SIN HABER CONTRATADO UNA PÓLIZA CON UNA ASEGURADORA O LA RELACIÓN ASEGURADORA-CUIT SEA ERRÓNEA O ESTÉ FUERA DE VIGENCIA, NO IMPLICARÁ COBERTURA AUTOMÁTICA EN DICHO SEGURO.
EN DICHOS SUPUESTOS LA AFIP DIRECCIONARÁ LOS MONTOS Y LA INFORMACIÓN A LA SSN.
REGULARIZADOS LOS SUPUESTOS ANTES MENCIONADAS, LOS FUTUROS PAGOS QUE EFECTÚEN SERÁN TRANSFERIDOS POR LA AFIP A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS QUE CORRESPONDAN CONFORME EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 12 DEL PRESENTE ANEXO.

ARTÍCULO 12 - DISTRIBUCION DE RECAUDACION

12.1.□LOS MONTOS CORRESPONDIENTES AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO, RECAUDADOS POR LA AFIP SERÁN TRANSFERIDOS A LAS ASEGURADORAS A LAS CUENTAS BANCARIAS QUE ÉSTAS ESTABLEZCAN.
A TAL EFECTO, LAS ASEGURADORAS, A TRAVÉS DE UNA NOTA FIRMADA POR PERSONAL DE LA ENTIDAD AUTORIZADO A TAL FIN, DEBERÁN INFORMAR A LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LA CUENTA BANCARIA DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, A LA CUAL SE LE EFECTUARÁN LAS TRANSFERENCIAS CORRESPONDIENTE A LA RECAUDACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO N° 1567/74, COMO ASÍ TAMBIÉN CUALQUIER MODIFICACIÓN SOBRE LA MISMA, CONFORME LO REQUERIDO A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN SSN N° 2434 DEL 6 DE MAYO DE 2010.
LA MENCIONADA NOTA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO LOS SIGUIENTES DATOS: TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA, NÚMERO Y TIPO DE CUENTA, ENTIDAD BANCARIA Y SUCURSAL Y CLAVE BANCARIA UNIVERSAL, DEBIENDO SER ACOMPAÑADA DE UNA CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE CONSTE QUE LA MISMA ESTÁ LIBRE DE INHIBICIONES Y EMBARGOS.
LAS ASEGURADORAS QUE EN EL FUTURO COMIENCEN A OPERAR EN ESTE SEGURO, DEBERÁN DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE ARTÍCULO ANTES DE INICIAR LA COMERCIALIZACIÓN DEL MENCIONADO SEGURO.
12.2.□LA AFIP, TRANSFERIRÁ LOS FONDOS A LAS ASEGURADORAS, CONFORME EL PADRÓN DE PÓLIZAS QUE REMITIRÁ ESTA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, EL QUE SERÁ CONFECCIONADO EN BASE A LOS DATOS QUE LAS ENTIDADES ENVÍAN AL SISTEMA INFORMÁTICO KAUSAY, Y EL CUAL CONTENDRÁ LOS DATOS NECESARIOS PARA PODER PROCEDER A LA CORRECTA DISTRIBUCIÓN DE LOS CONCEPTOS RECAUDADOS POR EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.
12.3.□LA AFIP INFORMARÁ EN FORMA DIARIA A LAS ASEGURADORAS DIVERSA INFORMACIÓN RESPECTO DE LA DETERMINACIÓN DEL PAGO, LAS NÓMINAS Y LOS IMPORTES ACREDITADOS EN LAS CUENTAS BANCARIAS POR ELLAS INFORMADAS, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, LOS QUE CONTENDRÁN LOS SIGUIENTES DATOS:
1.□CUIC - CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS
2.□CUIT DEL TOMADOR-EMPLEADOR
3.□PERÍODO DECLARADO
4.□IDENTIFICACIÓN DE LAS CUIL DECLARADAS
5.□FECHA EN QUE PAGÓ EL TOMADOR-EMPLEADOR
6.□IMPORTE TOTAL DEPOSITADO POR EL TOMADOR-EMPLEADOR DISCRIMINADO POR PRIMA Y DERECHO DE EMISIÓN.
7.□FECHA DE PROCESAMIENTO
8.□FECHA DE TRANSFERENCIA A LA CUENTA BANCARIA DE LA ASEGURADORA.
9.□IMPORTE ACREDITADO EN LA CUENTA BANCARIA
12.4.□CUANDO LA ASEGURADORA DETECTE DIFERENCIAS ENTRE LO INFORMADO POR LA AFIP EN LOS ARCHIVOS PUBLICADOS DE RESPALDO Y LA INFORMACIÓN PROVISTA POR LOS EMPLEADORES, PODRÁ REQUERIR UN ANÁLISIS DE LAS MISMAS. A TAL FIN DEBERÁ PRESENTAR UNA NOTA ESCRITA, FIRMADA POR AUTORIDAD DE LA ASEGURADORA, INDICANDO LA CUIT DEL CONTRIBUYENTE POR EL CUAL REALIZA LA CONSULTA, Y EL/LOS PERÍODO/S FISCAL/ES CON DIFERENCIA, ADJUNTANDO EL/LOS COMPROBANTE/S DE PAGO CORRESPONDIENTE/S.
LA NOTA DEBERÁ SER DIRIGIDA A LA DIVISIÓN USUARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PRESENTARLA PERSONALMENTE EN BALCARCE 167 - MESA GENERAL DE ENTRADAS, SALIDAS Y ARCHIVO, O ENVIARLA POR CORREO POSTAL.
SI SE DIERA EL CASO QUE LA CONSULTA NO ESTÁ RELACIONADA CON DIFERENCIAS ENTRE LO PAGADO Y LO TRANSFERIDO, NO SERÁ NECESARIA LA PRESENTACIÓN DE LA COPIA DEL COMPROBANTE DE PAGO. UNA VEZ INICIADO EL ANÁLISIS DE LO REQUERIDO, LA AFIP

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

PODRÁ SOLICITAR A LA ASEGURADORA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE COADYUVE A OBTENER EL RESULTADO DEL MISMO.
12.5.□CUANDO LOS EMPLEADORES O LAS ASEGURADORAS VERIFIQUEN QUE LOS FONDOS DE LOS PAGOS EFECTUADOS FUERON DERIVADOS POR LA AFIP A LA SSN, PODRÁN REQUERIR LA DEVOLUCIÓN DE LOS MISMOS. A TAL FIN DEBERÁN PRESENTAR UNA NOTA ESCRITA, FIRMADA POR AUTORIDAD DE LA EMPRESA (EMPLEADOR) O DE LA ASEGURADORA, INDICANDO LA CUIT DEL CONTRIBUYENTE POR EL CUAL REQUIERE LA DEVOLUCIÓN DE LOS FONDOS, INDICANDO EL/LOS PERÍODO/S FISCAL/ES, SUS MONTOS Y ADJUNTANDO EL/LOS COMPROBANTE/S DE PAGO CORRESPONDIENTE/S Y/O TODA OTRA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RECLAMO.
LA NOTA DEBERÁ SER DIRIGIDA A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES DE LA SSN - SECTOR SCVO Y PRESENTARLA PERSONALMENTE O A TRAVÉS DE CORREO POSTAL EN LA AVDA. JULIO A. ROCA 721 - MESA GENERAL DE ENTRADAS, SALIDAS Y ARCHIVO.

ARTICULO 13 - SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISION

EL PAGO DEL PREMIO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO POR PARTE DEL TOMADOR-EMPLEADOR DEBERÁ EFECTUARSE EN LA FECHA QUE OPERE EL VENCIMIENTO PARA TRIBUTAR LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL. SI EL PREMIO NO FUERA ABONADO EN DICHA FECHA, EL EMPLEADOR CONTARÁ CON UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL PAGO. TRANSCURRIDO DICHO PLAZO SIN QUE SE HUBIERA EFECTUADO EL PAGO DEL PREMIO OPERARÁ LA MORA EN FORMA AUTOMÁTICA Y CON ELLO LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACIÓN ALGUNA.
LA COBERTURA SE REANUDARÁ A PARTIR DE LA HORA CERO (O) DEL DÍA SIGUIENTE AL INGRESO DE LA PRIMA. LA COBERTURA SÓLO PODRÁ SER REHABILITADA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS DESDE LA FECHA DE SU SUSPENSIÓN. EL VENCIMIENTO DE ESTE PLAZO PROVOCARÁ LA RESCISIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.
LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO, O SU RESCISIÓN POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO, HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.
LOS PAGOS EFECTUADOS POR LOS TOMADORES-EMPLEADORES UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO DE SUSPENSIÓN Y ESTANDO LA PÓLIZA RESCINDIDA, NO DARÁ DERECHO A REHABILITAR LA MISMA.

ARTICULO 14 - COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

LAS ALTAS Y BAJAS SERÁN COMUNICADAS POR EL TOMADOR A LA ASEGURADORA CON EL ENVÍO DE LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONA! EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), O EN SU REEMPLAZO EL LISTADO DE LAS RELACIONES LABORALES ACTIVAS DEL SISTEMA "MI SIMPLIFICACIÓN", LO QUE ESTABLECERÁ EL AJUSTE DE PRIMAS SI CORRESPONDIERE. LA ASEGURADORA, SIN PERJUICIO DE LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SUMINISTRADA A TRAVÉS DE LA AFIP, TENDRÁ DERECHO A EXIGIR AL TOMADOR LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONAL EMPLEADO DECLARADA AL SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) CUANDO LO ESTIME CONVENIENTE.
PARA EL CASO QUE EL TOMADOR-EMPLEADOR CONTRATANTE NO ESTUVIERE INCLUIDO EN EL SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LAS ALTAS Y BAJAS DEBEN SER COMUNICADAS MENSUALMENTE A LA ASEGURADORA.
A FIN DE MANTENER VIGENTE LA COBERTURA, EL TOMADOR-EMPLEADOR DEBERÁ INTEGRAR LA DIFERENCIA DE PRIMAS CONFORME LAS ALTAS Y BAJAS COMUNICADAS A LA ASEGURADORA DE ACUERDO A LO DETERMINADO EN EL ARTÍCULO 11º DEL PRESENTE REGLAMENTO.

ARTÍCULO 15 - LIQUIDACION DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA DEBERÁ REQUERIR AL TOMADOR QUE ACREDITE HABER NOTIFICADO FEHACIENTEMENTE A LOS BENEFICIARIOS LA EXISTENCIA DEL BENEFICIO, AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO, EN EL ÚLTIMO DOMICILIO QUE EL ASEGURADO TENGA REGISTRADO. SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN DEVINIERA INEFICAZ O QUEDASE SIN EFECTO, SE CONSIDERARÁN BENEFICIARIOS AQUELLAS PERSONAS QUE CUMPLAN CON LA CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTE, SEGÚN LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53 Y 54 DE LA LEY N° 24.241.
A TAL EFECTO, DEBERÁ PRESENTARSE LAS CONSTANCIAS A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL ARTÍCULO 8°.
EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DEBERÁ ESPECIFICAR EL MONTO DEL BENEFICIO, ASÍ COMO QUE SU COBRO PUEDE EFECTUARSE PERSONALMENTE. EN CASO DE REQUERIRSE EL COBRO A TRAVÉS DE MANDATARIOS SE REQUERIRÁ AL EFECTO UN PODER ESPECIAL EN EL CUAL SE DEBERÁ ESPECIFICAR CONCEPTO Y MONTO DEL BENEFICIO.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS LIQUIDARÁN EL SINIESTRO DE LOS SEGUROS EN VIGENCIA UNA VEZ QUE CUENTEN CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:
1.□PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO
2.□CONSTANCIA DE CUIL DEL TRABAJADOR
3.□COPIA DE LA NÓMINA DE EMPLEADOS DEL TOMADOR-EMPLEADOR CORRESPONDIENTE AL MES DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO.
4.□CONSTANCIA DEL PAGO DEL PREMIO
5.□COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES O LIQUIDACIÓN FINAL.
6.□COPIA CERTIFICADA POR EL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES FIRMADO POR EL EMPLEADO FALLECIDO.
7.□FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.
8.□EN CASO DE NO EXISTIR DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S O SI POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, LA DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) DE ACUERDO A LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241 O PRESENTAR COPIA AUTENTICADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE TAL CONDICIÓN, SEA ÉSTA EMITIDA POR LA ANSES O POR LA CAJA PROVISIONAL RESPECTO DE LA CUAL RESULTARA APORTANTE EL ASEGURADO FALLECIDO.
9.□DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS DESTINATARIOS DE LA PRESTACIÓN:
A)□EL/LOS BENEFICIARIO/S: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD, Y DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL.
B)□DERECHOHABIENTES:
B.1.□EL/LA CÓNYUGE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; PARTIDA DE MATRIMONIO LEGALIZADA EMITIDA CON UNA ANTELACIÓN NO MAYOR A SEIS (6) MESES DE SU PRESENTACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.
B.2.□EL/LA CONVIVIENTE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD; DECLARACIÓN DEL ÚLTIMO DOMICILIO REAL; INFORMACIÓN SUMARIA JUDICIAL Y DECLARACIÓN DE DERECHOHABIENTES EXPEDIDA POR LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES).
B.3.□HIJOS/AS: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Y PARTIDA DE NACIMIENTO LEGALIZADA Y DE CORRESPONDER LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE QUIEN RESULTA SER SU REPRESENTANTE LEGAL CONFORME LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 101 DEL

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN.)
COMPLETADA LA DOCUMENTACIÓN, SUMINISTRADA POR EL EMPLEADOR, BENEFICIARIOS Y/O DERECHOHABIENTES, LA INDEMNIZACIÓN DEBERÁ ABONARSE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS SIGUIENTES. EN NINGÚN CASO LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO POR EL FALLECIMIENTO DE LOS TRABAJADORES QUE NO HUBIESEN SIDO DADOS DE ALTA EN LA NÓMINA DEL TOMADOR CONFORME LO DISPUESTO POR LA RESOLUCIÓN GENERAL N° 1891/2005 (TEXTO ORDENADO POR TA RESOLUCIÓN GENERAL N° 2016/2006) DE LA AFIP Y SUS MODIFICATORIAS.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS DEBERÁN EXTREMAR LOS MECANISMOS A FIN DE OBTENER LA DOCUMENTACIÓN QUE LES PERMITA ABONAR LOS SINIESTROS Y SÓLO DEPOSITARÁN EL IMPORTE DE LA PRESTACIÓN EN LA CAJA COMPENSADORA ANTE:
I) LA FALTA DE RECLAMO POR PARTE DE LOS BENEFICIARIOS, O DE LOS DECLARADOS DERECHOHABIENTES POR LA ANSES CONFORME LO REGLADO POR LOS ARTÍCULOS 53º Y 54º DE LA LEY Nº 24.241 O TESTAMENTARIOS.
II) LUEGO DE HABER AGOTADO LOS MECANISMOS PARA LA OBTENCIÓN DE LOS ELEMENTOS REQUERIDOS PARA EFECTUAR EL PAGO.
EN AMBOS CASOS LA ASEGURADORA DEBERÁ ADJUNTAR:
1) COPIA DEL FRENTE DE PÓLIZA CON SU CORRESPONDIENTE CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS.
2) CERTIFICACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
3) COPIA CERTIFICADA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE OBRARE EN SU PODER INCLUYENDO TAMBIÉN LAS CONSTANCIAS QUE ACREDITEN LAS COMUNICACIONES Y REQUERIMIENTOS EFECTUADOS AL EMPLEADOR, BENEFICIARIOS DESIGNADOS O POSIBLES HEREDEROS.
4) CONSTANCIA DEL DEPÓSITO EN LA CAJA COMPENSADORA.
LAS ENTIDADES ASEGURADORAS NO PODRÁN INTEGRAR LAS SUMAS DEBIDAS EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES DE OTROS SEGUROS DE VIDA CON EL BENEFICIO INSTITUIDO POR EL DECRETO N° 1567/74, DEBIENDO PROCEDER A OTORGAR AL BENEFICIARIO DOCUMENTOS SEPARADOS DE CADA UNA DE LAS LIQUIDACIONES QUE CORRESPONDAN.

ARTÍCULO 16 - SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA

INDEPENDIENTEMENTE DEL PAGO DE PREMIO EFECTUADO POR LOS EMPLEADORES, NO PODRÁN SER TRASLADADOS A LA CAJA COMPENSADORA BAJO NINGÚN CONCEPTO LOS SINIESTROS:
A) QUE AFECTEN A TRABAJADORES NO INCLUIDOS EN LAS NÓMINAS DEL TOMADOR, NI LOS EXCLUIDOS EN EL ARTÍCULO 2º DEL PRESENTE ANEXO;
B) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS EMITIDAS QUE NO CUENTEN CON LA DEBIDA CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC);
C) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS QUE SI BIEN POSEAN CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATOS (CUIC), LA ASEGURADORA HUBIERA REMITIDO, A TRAVÉS DEL SISTEMA KAUSAY, DATOS INCORRECTOS O NO HUBIERA EFECTUADO LA REMISIÓN EN TIEMPO Y FORMA DE TODAS LAS NOVEDADES QUE MODIFIQUE EL PADRÓN PÓLIZAS;
D) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS EMITIDAS POR LAS ENTIDADES QUE NO HAYAN DADO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 12 - 12.1 DEL PRESENTE ANEXO;
E) QUE CORRESPONDAN A PÓLIZAS CUYOS PREMIOS NO HAYAN SIDO ABONADOS CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 11 DEL PRESENTE ANEXO.

ARTÍCULO 17- PROHIBICIONES

SE PROHÍBE A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS:
1) OTORGAR BONIFICACIONES.
2) REALIZAR GASTOS POR CUALQUIER CONCEPTO, EXCEPTO LOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 10º DEL PRESENTE REGLAMENTO.
3) EFECTUAR PUBLICIDAD DIRECTA.
4) RECHAZAR SOLICITUDES PRESENTADAS POR LOS EMPLEADORES DE CONFORMIDAD A LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE REGLAMENTO.
5) EFECTUAR PAGOS GRACIABLES.
6) COMPENSAR LOS SALDOS QUE ARROJEN SUS DECLARACIONES JURADAS, CON LAS SUMAS DEBIDAS POR LA CAJA COMPENSADORA POR PERÍODOS ANTERIORES.
7) COASEGURAR Y REASEGURAR.

ARTÍCULO 18 - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

EL EMPLEADOR SERÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO DEL BENEFICIO ANTE LA FALTA DE CONCERTACIÓN DEL SEGURO.
LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO, POR FALTA DE PAGO O PAGO INSUFICIENTE DEL PREMIO Y LA CONSECUENTE RESCISIÓN EN SU CASO, HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.

1 - CLÁUSULA DE EDAD
REQUISITO DE ASEGURABILIDAD: SERVICIO ACTIVO.
NO SE CUBRIRÁN ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, TANTO PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, COMO PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
EDAD DE MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA: 18 AÑOS
EDAD DE MÁXIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA: 64 AÑOS (TANTO PARA PADRÓN ORIGINAL COMO PARA FUTURAS INCORPORACIONES).
EDAD DE MÁXIMA DE PERMANENCIA A LA PÓLIZA: 65 AÑOS.

1 - ENFERMEDADES PREEXISTENTES
CLAUSULA ENFERMEDADES PREEXISTENTES

LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN CUANDO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJERA COMO CONSECUENCIA DE UNA

INTĒGRITY
SEGUROS

Domicilio: Av. Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.integrityseguros.com.ar

CLAUSULA 100 CONDICIONES PARTICULARES

Seccion	Poliza	Endoso
Vida Obligatorio	000000017989	00000

ENFERMEDAD PREEXISTENTE A LA FECHA DE SU INCORPORACIÓN AL SEGURO QUE LE CAUSE DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA MUERTE.
POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE SE ENTIENDE A TODA ENFERMEDAD, CUALQUIERA SEA SU TIPO O NATURALEZA, QUE PADECIERA EL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DE SU CERTIFICADO INDIVIDUAL, DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A SU INCORPORACIÓN AL SEGURO, Y QUE FUERA LA CAUSA DIRECTA DE SU FALLECIMIENTO.
SE ENTENDERÁ QUE LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA CUANDO PRESENTE UNA O VARIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES:

A) CUYOS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS SE HAYAN MANIFESTADO ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
B) CUYO DIAGNÓSTICO MÉDICO HAYA SIDO PREVIO AL INICIO DE VIGENCIA DE CERTIFICADO INDIVIDUAL.
C) CUYOS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS NO HAYAN PODIDO PASAR DESAPERCIBIDOS, DEBIENDO MANIFESTARSE ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE SU CERTIFICADO INDIVIDUAL.

INTEGRITY

INTĒGRITY
SEGUROS

Paseo Colón 357
(C1063ACD) Buenos Aires - TE: (011) 4104-0000
www.libertyargentina.com.ar

CERTIFICADO DE COBERTURA

FECHA DE EMISION: 01/09/2025

ASEGURADO Y/O TOMADOR:
GRUPO FUSION S R L .

CUIT / Doc. N°:
30717928551

Domicilio: AV CONSTITUYENTES - N° 597 - Piso - Dto
C.P.: 9000 **Localidad:** COMODORO RIVADAVIA
Provincia: Chubut

POLIZA NRO.
000000017989

CERTIFICADO NRO.
190117989

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
01/09/2025

FECHA DE FIN DE VIGENCIA
30/09/2025

Conste por el presente Certificado que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto, amparado lo dispuesto en la Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

NÓMINA DE PERSONAL

.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

El presente certificado carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el s.u.s.s.(sistema único de la seguridad solcial) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al periodo que corresponda dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho periodo facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7361189

Buenos Aires, **29 / 08 / 2025**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **G&A ASCENSORES S.R.L**

C.U.I.T. N° **30-71214142-1** | N° de Contrato **326126** | N° de Póliza Digital **5577856**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **LIMA** | N° **419** | Piso | Oficina

Localidad **CORDOBA** | Provincia **CORDOBA** | Código Postal **5000**

Teléfono **(0351) 423-0954** | Fecha de afiliación **25 / 06 / 2024** | Vigencia **01 / 07 / 2024** al **30 / 06 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

281600 Fabricación De Maquinaria Y Equipo De Elevación Y Manipulación

Por la presente Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de G&A ASCENSORES S.R.L, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº 326126, por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si la empresa comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia. PROVINCIA A.R.T. S.A. se obliga a comunicar a BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, en forma fehaciente, los incumplimientos en que incurra el asegurado, especialmente la falta de pago en término dentro de los diez días de verificado. El Asegurado declara como domicilio de BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193 para realizar las comunicaciones en: CORDOBA AV. Nº 111 Depto. CORDOBA (5000) CORDOBA BUENOS AIRES.

Fuera de las causales que expresamente prevee la normativa vigente, el contrato de afiliación no podrá ser modificado o enmendado sin previa notificación fehaciente a BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30500003193, en un plazo no inferior a quince(15) días corridos.

Se deja constancia por la presente que la empresa de referencia se encuentra asegurada en Provincia A.R.T.

El presente certificado tiene una validez de 30 días corridos a partir de la fecha de emisión. En ningún caso Provincia ART S.A. será responsable de las consecuencias del uso del certificado una vez vencido el plazo de validez.

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE
Por favor, recordá revisar periódicamente las comunicaciones que te enviamos a través del sistema de Ventanilla Electrónica de la SRT.Tanto la suscripción a este servicio como el acceso se efectúa con la clave fiscal de AFIP. En www.srt.gov.ar podrás encontrar los instructivos que indican cómo adherirse a ese sistema y cómo utilizarlo.

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7361191

Buenos Aires, **29 / 08 / 2025**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **G&A ASCENSORES S.R.L**

C.U.I.T. N° **30-71214142-1** | N° de Contrato **326126** | N° de Póliza Digital **5577856**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **LIMA** | N° **419** | Piso | Oficina

Localidad **CORDOBA** | Provincia **CORDOBA** | Código Postal **5000**

Teléfono **4230954** | Fecha de afiliación **25 / 06 / 2024** | Vigencia **01 / 07 / 2024** al **30 / 06 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

281600 Fabricación De Maquinaria Y Equipo De Elevación Y Manipulación

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA	F. MOV.	F. NACIM.	GENERO
20-28344620-5	ALCEGA CESAR ALBERTO	TECNICO MANTENIMIENTO	25/04/2022	12/09/1980	
20-40835279-8	ALMADA FEDERICO	TECNICO MANTENIMIENTO	05/06/2023	20/12/1997	M
27-40201109-8	BUSTOS GODOY PRISCILA YAEL	ADMINISTRACION	01/11/2022	07/01/1997	
27-42860696-0	CEBALLOS ANAHI CEBALLOS	ADMINISTRACION	12/06/2023	07/09/2000	
20-35089074-3	CEJAS PABLO ARIEL	TECNICO MANTENIMIENTO	03/07/2017	21/03/1990	M
20-41887001-0	CHACOBO JOEL ALEXIS	TECNICO MANTENIMIENTO	08/02/2022	27/05/1995	M
20-32035242-9	CHACOBO ROBERTO GABRIEL	TECNICO MANTENIMIENTO	28/09/2020	03/01/1986	
27-37094508-5	DRUDI MELINA CANDELA	ADMINISTRACION	02/06/2014	29/09/1992	
20-30472959-8	GUARDIOLA EMILIANO	GERENTE	26/07/2021	15/10/1983	
20-29608429-9	GUARDIOLA JOSE IGNACIO	DIRECTORES DE DEPARTAMENTOS DE VENTAS Y COMERCIALIZACIÓN	14/12/2022	21/07/1982	
23-39302618-9	SASHA RODRIGO CUFRE	ADMINISTRACION	13/02/2023	19/10/1995	
20-36559325-7	TRENTO ANDRES ALBERTO	OPERADORES DE MÁQUINAS HERRAMIENTAS	21/07/2025	23/09/1991	M

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

Constancia Nro: 5370834

CONSTANCIA DE COBERTURA

Se deja constancia, por medio de la presente, que GYA ASCENSORES SRL CUIT: 30712141421 ha suscripto con MAPFRE Agentina Seguros de Vida S.A. la póliza más abajo mencionada, amparando lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Póliza Nº: 101017998701
Vigencia: Desde las doce horas del día 29/08/2025 y hasta las doce horas del dia 01/02/2026.

NÓMINA DEL PERSONAL

NÓMINA INFORMADA POR AFIP para el período 2025/07

N° CUIL	APELLIDO Y NOMBRE
20283446205	ALCEGA CESAR ALBERTO
20408352798	ALMADA FEDERICO EMANUEL
27402011098	BUSTOS GODOY PRISCILA YAEL
27428606960	CEBALLOS ROCIO ANAHI
20350890743	CEJAS PABLO ARIEL
20418870010	CHACOBO JOEL ALEXIS
20320352429	CHACOBO ROBERTO GABRIEL
23393026189	CUFRE SASHA RODRIGO
27370945085	DRUDI MELINA CANDELA
20304729598	GUARDIOLA EMILIANO
20296084299	GUARDIOLA JOSE IGNACIO
20365593257	TRENTO ANDRES ALBERTO

Cantidad Total de Trabajadores: 12

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de la Seguridad Social) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al período que corresponde dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho período facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.

HOLANDO
— SEGUROS —

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Acc. Pers. PLENUS	**127641.7**	4809005806
Vigencia	Moneda	
Desde las 00:00hs. del 06/08/2025 hasta las 00:00hs. del 06/02/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **ARAUJO JORGE ALBERTO** con domicilio en la calle **PELLEGRINI N° 210 Piso:1 Depto:4** tiene contratado en esta Compañía un Seguro de Accidentes Personales, amparando el/los siguiente/s riesgo/s:

Personal Cubierto			Coberturas Individuales			
Documento	**Nombre**	**Vigencia desde**	**MUERTE X ACCID.**	**INVALIDEZ TOT./PARCIAL PERMAN. X ACCID.**	**ASISTENCIA MEDICO FARMACÉUTICA X ACCID.**	**SEPELIO X ACCID.**
DNI 28162922	**Araujo Jorge Alberto**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 25666418	**Baez Marcos Luciano**	00:00hs. del 29/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS						
DNI 44388130	**Cardozo Pablo Leonel**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 44086911	**Escalante Nahuel Nicolas**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 33871141	**Martinez Sergio Damian**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						
DNI 42262544	**Perez Facundo Emanuel**	00:00hs. del 06/08/2025	30,000,000.00	30,000,000.00	15,000,000.00	2,000,000.00
ASCENSORES / ELEVADORES - SERVICE EN HUECO - MANTENIMIENTO E INSTALACION - MAS DE 15 METROS Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						

Estarán cubiertos los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares únicamente en el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa, si el Asegurado sufre lesiones indemnizables a consecuencia de un accidente cubierto como conductor de estos vehículos, y siempre que esté habilitado para conducir el tipo de vehículo utilizado para esa categoría, posea la licencia vigente correspondiente (conducir con registro vencido será causal de rechazo del reclamo), haga uso del casco protector homologado y circule en la vía pública cumpliendo con las normas legales vigentes en la materia (Ley de Tránsito N° 24.449).

Vencimiento del presente Certificado: 27/09/2025

Se deja constancia que la cobertura del presente seguro queda limitada a los accidentes que pueda sufrir el asegurado mientras desarrolla la actividad declarada y dentro del ámbito en el que ejerce esa profesión, incluyendo el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa.

Se extiende el presente Certificado a los 28 días del mes de Agosto del 2025 para ser presentado ante quien corresponda, quedando sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, en donde la Aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del Premio u otra causal.

A la fecha en que se extiende el presente certificado, la póliza no tiene deuda exigible.

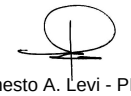
Queda entendido y comprendido que la cobertura prevista en la cláusula adicional de ASISTENCIA MEDICA es de carácter estrictamente prestacional, según se indica en el inciso 5) de la misma.

SERVICIO DE ASISTENCIA: 0800-222-753687

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA



Ernesto A. Levi - PRESIDENTE

VEP

Comprobante de Pago

Datos del VEP Consolidado:

Nro. VEP Consolidado:	1507727835
Organismo Recaudador:	ARCA
Tipo de Pago:	Vep Consolidado ARCA
Descripción Reducida:	VCON#8
CUIT:	**23-23234467-9**
Concepto:	VEP CONSOLIDADO
Cantidad de SubVeps:	8

EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$797.582,48
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$295.922,63
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$156.682,56
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$693.542,30
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$2.008,08
CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$931.800,44

Datos del comprobante de Pago:

Entidad de Pago:	RED LINK
Medio de Pago:	HomeBanking-EFECTIVO
Debito en cuenta del Banco:	BANCO DE LA PAMPA SOCIEDAD DE ECONOMIA MIXTA
Nro. de Transacción:	284000706189
Código de Control:	593
Fecha de Pago:	2025-08-22 Hora: 12:01:08
IMPORTE PAGADO	**$2.877.538,49**

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., autorizada a afiliar en todo el país con los alcances establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 por Resolución Nº 24404/96 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución Nº 103/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, certifica que el empleador GOLOVCA PAOLO VALENTIN C.U.I.T. 23-23234467-9 con domicilio en calle JILGUERO 5690 , TOAY, tiene emitido un Contrato de Afiliación registrado bajo el número 95062 en los términos de la Ley Nº 24.557 sus decretos y leyes complementarias y reglamentarias, cuya vigencia se extiende entre el 01/09/2025 y el 31/08/2026 amparando su personal en relación de dependencia, cuya nómina se detalla abajo.

El presente certificado se extiende a pedido del afiliado en Sunchales (SF), el día 1 de septiembre de 2025, para ser presentado ante quien corresponda, y por el término de 30 días, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del plazo indicado.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO AL 01/09/2025

EMPRESA	CONTRATO	PÓLIZA
GOLOVCA PAOLO VALENTIN	95062	2078842

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre	Condición
20331694062	1	CABRAL MARCO JAVIER	Régimen General
20332425243	2	GOMEZ VICTOR HUGO	Régimen General
23380394219	3	PAEZ YAEL ALEJANDRO	Régimen General
20340660154	4	PALLARES MAXIMILIANO EMMANUEL	Régimen General
20341537836	5	RUIZ CRISTIAN ARIEL	Régimen General
23471985929	6	SAAVEDRA GONZALO	Régimen General

TOTAL DE EMPLEADOS 6

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S. A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A - CUIT: 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el art. 39.5 de la Ley Nº 24.557, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de GOLOVCA PAOLO VALENTIN, alcanzados por la cobertura del contrato de afiliación Nº 95062 por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo en la medida que el empresario comitente a favor de quien se emite la presente cumpla con la clasificación en el tercer nivel según lo estipulado por el artículo segundo inciso c del decreto 170/1996.

Esta cláusula cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley 19.587, su decreto reglamentario N° 351/79 y las normas que sobre el particular haya dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias en el ámbito de su competencia.

Se extiende la presente en Sunchales (SF), 1 de Septiembre de 2025.

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	23-23234467-9
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	6
Suma de Rem. 1:	5.454.518,81
Suma de Rem. 2:	5.454.518,81
Suma de Rem. 3:	5.454.518,81
Suma de Rem. 4:	5.592.018,81
Suma de Rem. 5:	5.454.518,81
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	5.592.018,81
Suma de Rem. 9:	5.592.018,81
Suma de Rem. 10:	5.415.998,57

Apellido y Nombre o Razón Social:

PAOLO VALENTIN GOLOVCA

Nro. Verificador: 417902

Domicilio Fiscal: JILGUERO 5690 TOAY

V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	791.056,24
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**791.056,24**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	1.027.467,44
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	1.025.667,44
	Contribuciones S.S. SIPA	573.441,42
	Contribuciones S.S. No SIPA	436.750,74
	Retenciones	15.475,28
	Contribuciones S.S. a pagar	**1.010.192,16**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	155.400,50
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**155.400,50**
b1 -	Total de contribuciones	297.996,97
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	297.996,97
	Retenciones	4.495,73
	Contribuciones O.S. a pagar	**293.501,24**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	19.971,01
Total retenciones	19.971,01
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	15.475,28
Retenciones aplicadas a Obra Social	4.495,73
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	6	8.520,00
Remun. con ART	5.592.018,81	685.022,30
L.R.T. total a pagar		**693.542,30**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	6 - 2.008,08
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**2.008,08**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00

Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 38.520,24

Pago a Cuenta Dec. 394: 86.016,20

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**0,00**	302 - Aportes de Obra Social	**155.400,50**
351 - Contribuciones S.S. SIPA	**487.425,22**	351 - Contribuciones S.S. No SIPA	**436.750,74**
301 - Aportes de Seguridad Social	**791.056,24**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**693.542,30**
352 - Contribuciones de Obra Social	**293.501,24**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**2.008,08**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

Banco de **La Pampa**

Operación

Pagar impuesto/servicio adherido

Fecha y Hora

21/08/2025 11:23:46

Estado de transacción

Finalizada

Número de transacción

7b24fe7d804541d19ce2e8f6e5f98c6a

Importe total a pagar

$ 276.006,86

Vencimiento

22/08/2025

Rubro

Impuestos y Tasas Provinciales

Empresa

La Pampa DGR estados de Deuda

Importe

$ 276.006,86

Código de pago

23232344679

Pertenece a

Concepto

EST. DE DEUDA

Cuenta débito

CA $ 945378

Firmas

Preparado por

PAOLO VALENTIN GOLOVCA - 21/08/2025



IMPUESTO DE SELLOS
MONTO IMPONIBLE $ 36000000.-
SELLADO $ 37300.-

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre **Ascensores Cielos del Sur S.R.L.**, CUIT N° 30-71476503-1, con domicilio en San José 1299, Dpto 703, CP 1136, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONSERVADOR"**, representado en este acto por la Sra. **De Luca Roxana Beatriz**, DNI 22.185.993, en su carácter de Socia Gerente, por una parte; y por la otra, el Sr. **Moretti, Matias Ezequiel**, CUIT 20-39098879-7, con domicilio en Castex M 1701 – Mar del Plata Sur CP7600 – Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, se celebra el presente contrato conforme a las siguientes cláusulas:

---

1. OBJETO DEL CONTRATO

EL CONTRATISTA se compromete a prestar en nombre de EL CONSERVADOR servicios de mantenimiento, reparación y confección de informes técnicos de ascensores, montacargas y equipos relacionados, pertenecientes al cliente de EL CONSERVADOR, conforme a las disposiciones legales y técnicas aplicables, y bajo los términos de este contrato.

En las siguientes SUCURSALES del BBVA:

SUC 090	**INDEPENDENCIA 2650 – MAR DEL PLATA**
SUC 094	**AV LURO 3157 – MAR DEL PLATA**
SUC 214	**GUEMES 2648 – MAR DEL PLATA**
SUC 239	**CONSTITUCIÓN 4200 – MAR DEL PLATA**

Este contrato se regirá por las disposiciones del Código Civil y Comercial de la Nación (arts. 959, 1021, 1061, 2651 y concordantes).

---

2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS

EL CONTRATISTA deberá realizar las siguientes tareas:

- ***Mantenimiento preventivo***, conforme a la **CHECK LIST indicada por el BBVA.**
- ***Atención diurna por reclamos,*** de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hs.
- ***Atención de urgencias***, de lunes a domingo, entre las 20:00 y las 08:00 hs, solo en casos de emergencia *(personas encerradas).*
- *Las* ***reparaciones programadas y mantenimientos regulares*** serán realizados en días hábiles de 08:00 a *17:00 hs.*
- *Las reparaciones por* PRESUPUESTOS, se realizarán según lo acordado con los REFERENTES del *BBVA.*

En caso de que un cliente de EL CONSERVADOR contacte directamente a EL CONTRATISTA, este deberá informar **de inmediato** a EL CONSERVADOR, remitiendo el informe correspondiente.

UNION DEL COMERCIO LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION
REPUESTO EL SELLADO DE LA LEY IMPOSITIVA VIGENTE
- 1 SEP 2025
RESOL 10006 EXP 2306 - 15380/61
Nº
BOL DEP R-0000-0012- 0000212

3. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato comenzará a regir a partir del **01/08/2025** y se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un (1) año, salvo notificación en contrario por cualquiera de las partes con una antelación mínima de treinta (30) días corridos, efectuada por medio fehaciente.

---

4. HONORARIOS Y FORMA DE PAGO

EL CONSERVADOR abonará a EL CONTRATISTA la suma mensual de **$300.000,00 IVA 21% incluido** (**PESOS: trescientos mil con 00/100 IVA 21% incluido**), pagadera **mensualmente (mes vencido)** entre los días 1 y 10 de cada mes.

Este importe contempla exclusivamente las tareas de mantenimiento e insumos para su realización de lo descrito en la cláusula 2. No incluye reparaciones, mano de obra adicional, ni reposición de piezas.

El precio será ajustado trimestralmente conforme a la variación del **Índice de Precios al Consumidor (IPC)** publicado por el INDEC.

---

5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Obligaciones de EL CONTRATISTA:

- Cumplir con los servicios pactados en tiempo y forma. (Mantenimiento del 01 al 10 de cada mes) y (Tiempo max de 2 (dos) horas para atención de reclamos)
- Asegurar la calidad técnica y profesional del trabajo.
- Contar con personal calificado y equipos adecuados.
- Cumplir con todas las normas laborales, de seguridad y salud vigentes.
- Contratar los seguros correspondientes (ART, responsabilidad civil, etc.).
- Mantener informado a EL CONSERVADOR sobre novedades técnicas, incidentes o servicios realizados.

Obligaciones de EL CONSERVADOR:

- Proporcionar toda la información y elementos necesarios para la correcta prestación del servicio.
- Pagar los honorarios en tiempo y forma.
- Supervisar la ejecución del contrato.

---

6. CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA se compromete a mantener absoluta confidencialidad sobre toda información técnica, comercial o de cualquier otra índole a la que acceda en el marco de la prestación de los servicios, tanto durante la vigencia del contrato como con posterioridad a su finalización.



7. RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes en cualquier momento, con aviso previo y fehaciente de al menos **treinta (30) días**. También podrá resolverse en forma inmediata ante el incumplimiento grave de cualquiera de las cláusulas pactadas.

---

8. INDEMNIDAD

EL CONTRATISTA será **único responsable** por el cumplimiento de las leyes laborales, previsionales y de seguridad social aplicables a su personal, sean empleados en relación de dependencia o monotributistas.

EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a EL CONSERVADOR y a los clientes de este por cualquier reclamo, acción o demanda judicial o extrajudicial de naturaleza laboral, sindical, civil o penal que pudiera originarse como consecuencia directa o indirecta de su accionar o del accionar de su personal.

---

9. DOMICILIOS Y JURISDICCIÓN

Las partes fijan como domicilios los indicados en el encabezado del presente contrato, donde serán válidas todas las notificaciones. Para cualquier divergencia derivada del presente contrato, las partes se someten a la **jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 29 días del mes de agosto de 2025.

Por EL CONSERVADOR:

Nombre: De Luca Roxana Beatriz

DNI 22.185.993

Cargo: Socia Gerente

Firma:

Por EL CONTRATISTA:

Nombre: MATÍAS EZEQUIEL MORETI

DNI/CUIT: 20-39098879-7

Cargo: SOCIO GERENTE

Firma:

UNION DEL COMERCIO, LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION
REPUESTO EL SELLADO DE LA LEY IMPOSITIVA VIGENTE
- 1 SEP 2025
RESOL. 10806 EXP. 2306 - 15380/61
Nº Fº
BOL. DEP. R-808-D.P.R.- 0000 212

[Escriba aquí]

IMPUESTO DE SELLOS
MONTO IMPONIBLE $ 36000000 =
SELLADO $ 37200

UCIP
UNION DEL COMERCIO, LA INDUSTRIA Y LA PRODUCCION DE MAR DEL PLATA

Nº 5287

Contado

Av. Luro 3030 - Mar del Plata
Tel.: (0223) 499-7777
C.U.I.T: 30-52883860-6

Registro de Contratos

Fecha: 01/09/25

Contrato: 00001212

Apellido y Nombre: DK Pelos del Sur SRL

Base Imponible	3000000.
Impuesto	37800
Comisión	7200
Total a Pagar	45000.



VOLVER

IMPRIMIR PANTALLA

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-25664419-7
BAEZ MARCOS LUCIANO
BELGRANO 1769
PASO DE LOS LIBRES
3230-CORRIENTES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

A

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 31-05-2023

ACTIVIDAD: F883 - 952100 - REPARACIÓN DE ARTÍCULOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS DE USO DOMÉSTICO
F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.
F883 - 452401 - REPARACIONES ELÉCTRICAS DEL TABLERO E INSTRUMENTAL, REPARACIÓN Y RECARGA DE BATERÍAS, INSTALACIÓN DE ALARMAS, RADIOS, SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN

Vigencia de la presente constancia: 28-08-2023 a 27-09-2023

Hora: 14:12:03 Verificador: 30939772534

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.



14:14 58%
ARCA | Formular...
notributo.afip.gob.ar

MONOTRIBUTO V 1.42.4.0

IMPRIMIR

ARCA F. 184/F	Adhesión Monotributo

Transacción N°: 120256664187082025

Fecha: 28/08/2025 14:06:33

Motivo del Trámite: Adhesión

Vigencia del Trámite a partir del: 01/09/2025

C.U.I.T.: 20-25666418-7

Denominación: MARCOS LUCIANO BAEZ

Categoría: A LOCACIONES DE SERVICIOS

Autónomo: NO APORTANTE AL REGIMEN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre **Ascensores Cielos del Sur S.R.L.**, CUIT N° 30-71476503-1, con domicilio en San José 1299, Dpto. 703, CP 1136, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado **"EL CONSERVADOR"**, representado en este acto por la Sra. **De Luca Roxana Beatriz**, DNI 22.185.993, en su carácter de Socia Gerente, por una parte; y por la otra, **Ascensores Inger SA CUIT 30-71623865-9** con domicilio en Av. Pasaje Juramento 1979 – CP2700 – Pergamino, representado en este acto por **Rachow Norberto, CUIT 20-12032794-2** en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, se celebra el presente contrato conforme a las siguientes cláusulas:

---

1. OBJETO DEL CONTRATO

EL CONTRATISTA se compromete a prestar en nombre de EL CONSERVADOR servicios de mantenimiento, reparación y confección de informes técnicos de ascensores, montacargas y equipos relacionados, pertenecientes al cliente de EL CONSERVADOR, conforme a las disposiciones legales y técnicas aplicables, y bajo los términos de este contrato.
En las siguiente SUCURSAL del BBVA:
SUC 091 – SAN NICOLAS 651 – PERGAMINO – PCIA DE BUENOS AIRES
Este contrato se regirá por las disposiciones del Código Civil y Comercial de la Nación (arts. 959, 1021, 1061, 2651 y concordantes).

---

2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS

EL CONTRATISTA deberá realizar las siguientes tareas:

- **Mantenimiento preventivo**, conforme a la **CHECK LIST indicada por el BBVA**
- **Atención diurna por reclamos,** de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hs.
- **Atención de urgencias**, de lunes a domingo, entre las 20:00 y las 08:00 hs, solo en casos de emergencia (personas encerradas).
- Las **reparaciones programadas y mantenimientos regulares** serán realizados en días hábiles de 08:00 a 17:00 hs.
- Las reparaciones por PRESUPUESTOS, se realizarán según lo acordado con los REFERENTES del BBVA.

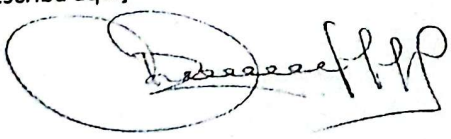
En caso de que un cliente de EL CONSERVADOR contacte directamente a EL CONTRATISTA, este deberá informar **de inmediato** a EL CONSERVADOR, remitiendo el informe correspondiente.

---

3. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato comenzará a regir a partir del **01/08/2025** y se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un (1) año, salvo notificación en contrario por cualquiera de las partes con una antelación mínima de treinta (30) días corridos, efectuada por medio fehaciente.

[Escriba aquí]





Escaneado con CamScanner

4. HONORARIOS Y FORMA DE PAGO

EL CONSERVADOR abonará a EL CONTRATISTA la suma mensual de **$155.100,00, (PESOS: Ciento cincuenta y cinco mil), IVA 21% incluido**, pagadera **mensualmente (mes vencido)** entre los días 1 y 10 de cada mes.

Este importe contempla exclusivamente las tareas de mantenimiento e insumos para su realización de lo descrito en la cláusula 2. No incluye reparaciones, mano de obra adicional, ni reposición de piezas.

El precio será ajustado trimestralmente conforme a la variación del **Índice de Precios al Consumidor (IPC)** publicado por el INDEC.

---

5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Obligaciones de EL CONTRATISTA:

- Cumplir con los servicios pactados en tiempo y forma. (Mantenimiento del 01 al 10 de cada mes) y (Tiempo máximo de 2 (dos) horas para atención de reclamos)
- Asegurar la calidad técnica y profesional del trabajo.
- Contar con personal calificado y equipos adecuados.
- Cumplir con todas las normas laborales, de seguridad y salud vigentes.
- Contratar los seguros correspondientes (ART, responsabilidad civil, etc.).
- Mantener informado a EL CONSERVADOR sobre novedades técnicas, incidentes o servicios realizados.

Obligaciones de EL CONSERVADOR:

- Proporcionar toda la información y elementos necesarios para la correcta prestación del servicio.
- Pagar los honorarios en tiempo y forma.
- Supervisar la ejecución del contrato.

---

6. CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA se compromete a mantener absoluta confidencialidad sobre toda información técnica, comercial o de cualquier otra índole a la que acceda en el marco de la prestación de los servicios, tanto durante la vigencia del contrato como con posterioridad a su finalización.





Escaneado con CamScanner

7. RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes en cualquier momento, con aviso previo y fehaciente de al menos **treinta (30) días**. También podrá resolverse en forma inmediata ante el incumplimiento grave de cualquiera de las cláusulas pactadas.

---

8. INDEMNIDAD

EL CONTRATISTA será **único responsable** por el cumplimiento de las leyes laborales, previsionales y de seguridad social aplicables a su personal, sean empleados en relación de dependencia o monotributistas.

EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a EL CONSERVADOR y a los clientes de este por cualquier reclamo, acción o demanda judicial o extrajudicial de naturaleza laboral, sindical, civil o penal que pudiera originarse como consecuencia directa o indirecta de su accionar o del accionar de su personal.

---

9. DOMICILIOS Y JURISDICCIÓN

Las partes fijan como domicilios los indicados en el encabezado del presente contrato, donde serán válidas todas las notificaciones. Para cualquier divergencia derivada del presente contrato, las partes se someten a la **jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 31 días del mes de julio de 2025.

Por EL CONSERVADOR:	**Por EL CONTRATISTA:**
Nombre: De Luca Roxana Beatriz	Nombre: _____
DNI 22.185.993	DNI/CUIT: 12.032.794.
Cargo: Socia Gerente	Cargo: _____
Firma:	Firma:

ASCENSORES INGER S.A.
Norberto H. Rachow
Director

[Escriba aquí]

Escaneado con CamScanner

Impreso el dia 06-08-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-06-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	11-07-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO GRAL GREGORIO ARAOZ DE LAMADRID N* 470
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2001
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS TOTALES
010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL	$ 57,140,160.00

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
71	CUIL 20379021930	ACOSTA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20352219542	AGUILERA FABIAN EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
134	CUIL 27261609237	ALFAYATE JORGELINA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
163	CUIL 20472890884	ALTAMIRANO CARLOS EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
143	CUIL 20275130223	ALTAMIRANO CARLOS EMILIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
61	CUIL 20353728408	ALTAMIRANO CATRIEL IVAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
55	CUIL 20306957989	ALVARES GABRIEL OSCAR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
159	CUIL 27463702301	ARGUELLO ORIANA LUDMILA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
166	CUIL 20354574188	ARNAL JONATAN RUBEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
76	CUIL 27148310683	BURIANI GRISELDA CARMEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
148	CUIL 20453462383	CHAPIRE AARON SAHIR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
42	CUIL 20163429633	FAURA HORACIO RAUL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
167	CUIL 20355832229	FERNANDEZ SANTIAGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
168	CUIL 27352908725	GIACOMINI SOFIA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
144	CUIL 20434243034	GOMEZ MATIAS HERNAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
117	CUIL 20355852378	LEONES SERGIO IGNACIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
164	CUIL 20290473692	LIMIA WALTER ALEJANDRO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
161	CUIL 20249872130	MARRONE OMAR EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
157	CUIL 20390491566	MEDINA LUCIANO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
147	CUIL 20338479248	ORTEGA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
124	CUIL 27249182546	PATTA JULIETA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
44	CUIL 20182974022	PE AS MARCELO HUGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
165	CUIL 20304884097	POGGI NESTOR GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 20306852362	PRECIDENTE GERARDO EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
150	CUIL 27464944449	SALCEDO ELEA DAMARIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
66	CUIL 20369912888	SALTO PABLO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
46	CUIL 20228897346	SCARSO EDUARDO FABIAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
162	CUIL 20261437407	SOLARI JORGE MARTIN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
78	CUIL 27240188770	STANGAFERRO FLORENCIA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
114	CUIL 27229296421	STANGAFERRO VERONICA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
139	CUIL 20206741091	UBALDO PABLO MIGUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
160	CUIL 20403665437	VAZ FEDERICO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
45	CUIL 20184911907	VIGNANDO GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
103	CUIL 20389799395	YAHN RICARDO LUIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
145	CUIL 20398163975	ZEBALLOS IVAN ANDRES	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales

Cantidad: 35

CUIP: 0726203004000000000000000000017497690000000000115307014952805-10000010477200000000693120128

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 06 días del mes de AGOSTO de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 107465

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

Impreso el dia 01-09-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-07-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
334	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	12-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO LAMADRID N* 470 P 1 DTO 9
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2000
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* **RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):** — **SUMAS ASEGURADAS TOTALES**

010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL — $ 58,772,736.00

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
71	CUIL 20379021930	ACOSTA ANGEL GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20352219542	AGUILERA FABIAN EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
134	CUIL 27261609237	ALFAYATE JORGELINA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
163	CUIL 20472890884	ALTAMIRANO CARLOS EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
143	CUIL 20275130223	ALTAMIRANO CARLOS EMILIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
61	CUIL 20353728408	ALTAMIRANO CATRIEL IVAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
55	CUIL 20306957989	ALVARES GABRIEL OSCAR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
159	CUIL 27463702301	ARGUELLO ORIANA LUDMILA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
166	CUIL 20354574188	ARNAL JONATAN RUBEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
76	CUIL 27148310683	BURIANI GRISELDA CARMEN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
148	CUIL 20453462383	CHAPIRE AARON SAHIR	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
42	CUIL 20163429633	FAURA HORACIO RAUL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
167	CUIL 20355832229	FERNANDEZ SANTIAGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
170	CUIL 20460385858	FLOOK SEBASTIAN EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
168	CUIL 27352908725	GIACOMINI SOFIA ANDREA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
144	CUIL 20434243034	GOMEZ MATIAS HERNAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
117	CUIL 20355852378	LEONES SERGIO IGNACIO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
164	CUIL 20290473692	LIMIA WALTER ALEJANDRO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
161	CUIL 20249872130	MARRONE OMAR EDUARDO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
157	CUIL 20390491566	MEDINA LUCIANO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
169	CUIL 20398147732	MILLO SEBASTIAN ARIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
124	CUIL 27249182546	PATTA JULIETA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
44	CUIL 20182974022	PEÑAS MARCELO HUGO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
165	CUIL 20304884097	POGGI NESTOR GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 20306852362	PRECIDENTE GERARDO EZEQUIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
150	CUIL 27464944449	SALCEDO ELEA DAMARIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
66	CUIL 20369912888	SALTO PABLO EMANUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
46	CUIL 20228897346	SCARSO EDUARDO FABIAN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
162	CUIL 20261437407	SOLARI JORGE MARTIN	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
78	CUIL 27240188770	STANGAFERRO FLORENCIA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
114	CUIL 27229296421	STANGAFERRO VERONICA	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
139	CUIL 20206741091	UBALDO PABLO MIGUEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
160	CUIL 20403665437	VAZ FEDERICO	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
45	CUIL 20184911907	VIGNANDO GABRIEL	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
103	CUIL 20389799395	YAHN RICARDO LUIS	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales
145	CUIL 20398163975	ZEBALLOS IVAN ANDRES	1,632,576.00	S/ART. 8 condiciones generales

Cantidad: 36

CUIP: 0726203004000000000000000000017497690000000000215307014952804-10000010477200000000693120128

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 01 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 107465

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	VIDA OBLIGATORIO	PRODUCTO	SCVO DECRETO 1567/74	PÓLIZA	17 - 1749769

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-07-2025	Hasta 24:00 Hs. del 31-05-2026
Término (en días)	**Plan**
334	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1613989	12-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ASCENSORES DELTA S.A.
DOMICILIO LAMADRID N* 470 P 1 DTO 9
LOCALIDAD ROSARIO
CÓDIGO POSTAL 2000
PROVINCIA SANTA FE
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30701495280 /
ASEGURADO NRO. 1240695



Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 22 Org: 9760 Prod: 2879

Usuario:

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

cláusula de no repetición

Nro de Operación 6765551

Contrato de afiliación: Nro. 258938
Asegurado: ASCENSORES DELTA
Nro. CUIT: 30-70149528-0
Nro. PD: 4477450

Consta por la presente que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra la/s empresa/s o persona/s que se mencionan más abajo, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39 apartado 5, de la ley N° 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex-dependiente del Asegurado amparados por la cobertura del Contrato de afiliación, por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta cláusula de no repetición cesará en sus efectos si la/s empresa/s o persona/s mencionadas, a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, su Decreto Reglamentario N° 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, las Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Consta asimismo que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. se obliga a comunicar a la/s empresa/s o persona/s mencionadas en forma fehaciente, los incumplimientos al contrato en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término del mismo, dentro de los trece (13) días verificados.

EMPRESA/S O PERSONA/S A FAVOR DE LA/S CUAL/S SE EMITE LA PRESENTE:

BBVA

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/10/2024 **Hasta el:** 30/09/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 281600 - FABRICACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE ELEVACIÓN Y MANIPULACIÓN

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 01/09/2025 13:58:30

Agencia: 3986 - GRUPO R. B. PRODUCTORES ASESORES DE SEGU
Localidad: ROSARIO-SFE

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.
GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que regulan la inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

CONOPE

ADMINISTRACION FEDERAL

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	30-70149528-0
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2024	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	31
Suma de Rem. 1:	27.536.104,53
Suma de Rem. 2:	27.536.104,53
Suma de Rem. 3:	27.536.104,53
Suma de Rem. 4:	27.536.104,53
Suma de Rem. 5:	27.536.104,53
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	27.536.104,53
Suma de Rem. 9:	27.536.104,53
Suma de Rem. 10:	23.364.410,12

Apellido y Nombre o Razón Social:

ASCENSORES DELTA SA

Nro. Verificador: 634454

Domicilio Fiscal: LAMADRID 470 P.B. 9 ROSARIO SUD

V 46

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	3.404.494,18
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**3.404.494,18**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	4.417.638,47
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	0,00
	Subtotal contribuciones S.S.	4.417.638,47
	Contribuciones S.S. SIPA	2.487.680,77
	Contribuciones S.S. No SIPA	1.879.631,96
	Retenciones	50.325,74
	Contribuciones S.S. a pagar	**4.367.312,73**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	600.793,09
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**600.793,09**
b1 -	Total de contribuciones	1.201.586,17
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	1.201.586,17
	Retenciones	13.689,56
	Contribuciones O.S. a pagar	**1.187.896,61**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	64.015,30
Total retenciones	64.015,30
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	50.325,74
Retenciones aplicadas a Obra Social	13.689,56
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	31	27.094,00
Remun. con ART	27.536.104,53	2.106.512,00
L.R.T. total a pagar		**2.133.606,00**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	31 - 5.452,59
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**5.452,59**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00

Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 196.103,04

Pago a Cuenta Dec. 394: 227.483,28

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**0,00**	302 - Aportes de Obra Social	**600.793,09**
351 - Contribuciones S.S. SIPA	**2.260.197,49**	351 - Contribuciones S.S. No SIPA	**1.879.631,96**
301 - Aportes de Seguridad Social	**3.404.494,18**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**2.133.606,00**
352 - Contribuciones de Obra Social	**1.187.896,61**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**5.452,59**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

Presentación de DJ por Internet

Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	ARCA
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**20-12358545-4**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2025-07**
Nro. verificador:	183513
Cantidad de registros:	142

Fecha de Presentación:	2025-08-06 Hora: 06:50:08
Nro. de Transacción:	1110928172
Código de Control:	rZl#Mf
Usuario autenticado por:	ARCA (ClaveFiscal)

[F931.cuit.20123585454.fecha.20250806.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)

[46888a376274f216dc37cc070103851e]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19312012358545400030107251

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., autorizada a afiliar en todo el país con los alcances establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 por Resolución Nº 24404/96 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución Nº 103/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, certifica que el empleador BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 con domicilio en calle CNEL MANUEL DORREGO 5758, SANTA FE, tiene emitido un Contrato de Afiliación registrado bajo el número 114708 en los términos de la Ley Nº 24.557 sus decretos y leyes complementarias y reglamentarias, cuya vigencia se extiende entre el 01/08/2025 y el 31/07/2026 amparando su personal en relación de dependencia, cuya nómina se detalla abajo.

El presente certificado se extiende a pedido del afiliado en Sunchales (SF), el día 1 de septiembre de 2025, para ser presentado ante quien corresponda, y por el término de 30 días, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del plazo indicado.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO AL 01/09/2025

EMPRESA	CONTRATO	PÓLIZA
BERTOSSI OSCAR EDUARDO	114708	2185301

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre	Condición
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	Régimen General
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO	Régimen General
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA	Régimen General
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN	Régimen General
20316284788	5	FIORANO HERNAN	Régimen General
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON	Régimen General
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO	Régimen General
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO	Régimen General

TOTAL DE EMPLEADOS 8

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S. A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A. - CUIT: 30500003193, sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el art. 39.5 de la Ley Nº 24.557, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de BERTOSSI OSCAR EDUARDO, alcanzados por la cobertura del contrato de afiliación Nº 114708 por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo en la medida que el empresario comitente a favor de quien se emite la presente cumpla con la clasificación en el tercer nivel según lo estipulado por el artículo segundo inciso c del decreto 170/1996.

Esta cláusula cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley 19.587, su decreto reglamentario N° 351/79 y las normas que sobre el particular haya dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias en el ámbito de su competencia.

Se extiende la presente en Sunchales (SF), 1 de Septiembre de 2025.

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

SANCOR SEGUROS

CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN

Seguro Colectivo de Vida Contrato de Trabajo - Ley 20.744

Certificamos que la empresa BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 posee un Seguro Colectivo de Vida Contrato de Trabajo - Ley 20.744 - Nro. de Póliza: 1027417 - Referencia: 691117, contratado con Sancor Coop. de Seguros Ltda., con vigencia desde el 01/11/2024 hasta el 01/11/2025. Las personas que se detallan más abajo se encuentran incluidas en la nómina del personal en relación de dependencia, y por lo tanto asegurados en la póliza citada.

A solicitud de la parte interesada, se extiende el presente en Sunchales (SF), a los 1 días del mes de septiembre de 2025, con una validez de 30 días a partir de esta fecha.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO

EMPRESA

BERTOSSI OSCAR EDUARDO

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN
20316284788	5	FIORANO HERNAN
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO

Total de empleados 8

Alejandro Simón
Gerente General
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.

SANCOR SEGUROS

CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Régimen General - Decreto Ley 1567/74

Certificamos que la empresa BERTOSSI OSCAR EDUARDO C.U.I.T. 20-12358545-4 posee un Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Régimen General - Decreto Ley 1567/74 - Nro. de Póliza: 2716226 - Referencia: 2672049, contratado con Sancor Coop. de Seguros Ltda., con vigencia desde el 01/07/2025 hasta el 01/07/2026. Las personas que se detallan más abajo se encuentran incluidas en la nómina del personal en relación de dependencia, y por lo tanto asegurados en la póliza citada.

A solicitud de la parte interesada, se extiende el presente en Sunchales (SF), a los 1 días del mes de septiembre de 2025, con una validez de 30 días a partir de esta fecha.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO

EMPRESA

BERTOSSI OSCAR EDUARDO

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre
20261207037	1	BARCELO BRUNO SEBASTIAN
20284154690	2	BARCELO HERNAN GONZALO
27272377907	3	BERTOSSI GISELA VANINA
20291139222	4	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN
20316284788	5	FIORANO HERNAN
24246709153	6	FIORANO SERGIO RAMON
20296187381	7	GALIANO MATIAS FEDERICO
20250153245	8	SOSA ALFREDO ATANASIO

Total de empleados 8

Alejandro Simón
Gerente General
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.

ARCA
AGENCIA DE RECAUDACIÓN Y CONTROL ADUANERO

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	20-12358545-4
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
07/2025	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	8
Suma de Rem. 1:	8.039.497,20
Suma de Rem. 2:	8.039.497,20
Suma de Rem. 3:	8.039.497,20
Suma de Rem. 4:	8.477.191,70
Suma de Rem. 5:	8.039.497,20
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	8.477.191,70
Suma de Rem. 9:	8.226.997,20
Suma de Rem. 10:	7.986.969,60

Apellido y Nombre o Razón Social:

OSCAR EDUARDO BERTOSSI

Nro. Verificador: 183513

Domicilio Fiscal: DORREGO 5758 SANTA FE V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	1.163.676,97
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**1.163.676,97**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	1.513.949,26
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	1.800,00
	Subtotal contribuciones S.S.	1.512.149,26
	Retenciones	27.188,45
	Contribuciones S.S. a pagar	**1.484.960,81**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	216.168,39
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**216.168,39**
b1 -	Total de contribuciones	432.336,77
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	432.336,77
	Retenciones	7.773,88
	Contribuciones O.S. a pagar	**424.562,89**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	34.962,33
Total retenciones	34.962,33
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	27.188,45
Retenciones aplicadas a Obra Social	7.773,88
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	8	11.360,00	
Remun. con ART	8.226.997,20	872.061,70	
L.R.T. total a pagar			**883.421,70**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	8 - 2.677,44
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**2.677,44**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde

Porcentaje: 0,00 Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 52.527,60

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**1.484.960,81**	302 - Aportes de Obra Social	**216.168,39**
301 - Aportes de Seguridad Social	**1.163.676,97**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**883.421,70**
352 - Contribuciones de Obra Social	**424.562,89**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**2.677,44**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

DECLARACIÓN EN LÍNEA
CONSULTA DE NÓMINA DE DECLARACIONES JURADAS PRESENTADAS

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	20250153245	20261207037	20284154690	20291139222
Apellido y Nombre	ALFREDO ATANASIO SOSA	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	BARCELO HERNAN GONZALO	MARTIN SEBASTIAN BERTOSSI
Obra Social	112103	112103	112103	112103
Corresponde Reducción?	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O?	Si	Si	Si	Si
Situación	1	1	1	1
Condición	1	1	1	1
Actividad	049	049	049	049
Modalidad de Contrato	8	8	8	8
Código de siniestrado	0	0	0	0
Localidad	72	72	72	72
% de Reducción	0	0	0	0
Cónyugue	No	No	No	No
Hijos	00	00	00	00
Adherentes	00	00	00	00
Remuneración Total	1.195.378,50	1.104.652,10	922.078,19	1.159.088,18
Remuneración 1	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 2	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 3	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 4	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 5	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 6	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8	1.170.378,30	1.079.651,30	897.077,40	1.134.087,50
Remuneración 9	1.195.378,30	1.104.651,30	922.077,40	1.159.087,50
Remuneración 10	1.163.374,62	1.072.647,62	890.073,72	1.127.083,82
Conceptos no remun.	25.000,20	25.000,80	25.000,79	25.000,68
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional	125.295,45	115.524,15	95.860,94	121.386,93
Contribución PAMI	18.497,66	17.055,10	14.152,17	17.920,63
Contrib. Tarea Dif.	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	10.935,72	10.082,89	8.366,69	10.594,59
Contribución ANSSAL	10.533,40	9.716,86	8.073,70	10.206,79
Contribución Asig. Familiares	54.678,61	50.414,44	41.833,46	52.972,94
Total Contribuciones SS	219.940,84	202.793,44	168.286,96	213.081,88
Contribución RENATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional	128.741,61	118.761,64	98.678,51	124.749,63
Aporte PAMI	35.111,35	32.389,54	26.912,32	34.022,63
Aporte Adicional SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL	5.266,70	4.858,43	4.036,85	5.103,39
Decreto 788/05	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS	169.119,66	156.009,61	129.627,68	163.875,65
Contribución OS	59.689,29	55.062,22	45.750,95	57.838,46
Contribución Adicional OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	59.689,29	55.062,22	45.750,95	57.838,46
Aporte OS	29.844,65	27.531,11	22.875,47	28.919,23
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS	29.844,65	27.531,11	22.875,47	28.919,23

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	20296187381	20316284788	24246709153	27272377907
Apellido y Nombre	MATIAS FEDERICO GALIANO	HERNAN FIORANO	SERGIO RAMON FIORANO	GISELA VANINA BERTOSSI
Obra Social	112103	112103	112103	121705
Corresponde Reducción?	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O?	Si	Si	Si	Si
Situación	1	1	1	1
Condición	1	1	1	1
Actividad	049	049	049	049
Modalidad de Contrato	8	8	8	1
Código de siniestrado	0	0	0	0
Localidad	72	72	72	72
% de Reducción	0	0	0	0
Cónyugue	No	No	No	No
Hijos	00	00	00	00
Adherentes	00	00	00	00
Remuneración Total	1.131.869,63	1.150.015,43	1.113.724,28	450.194,74
Remuneración 1	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 2	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 3	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 4	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	875.389,00
Remuneración 5	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	437.694,50
Remuneración 6	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8	1.106.869,40	1.125.014,80	1.088.724,00	875.389,00
Remuneración 9	1.131.869,40	1.150.014,80	1.113.724,00	450.194,50
Remuneración 10	1.099.865,72	1.118.011,12	1.081.720,32	434.192,66
Conceptos no remun.	25.000,23	25.000,63	25.000,28	12.500,24
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional	118.455,54	120.409,80	116.501,28	46.762,55
Contribución PAMI	17.487,86	17.776,38	17.199,35	6.903,66
Contrib. Tarea Dif.	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	10.338,74	10.509,30	10.168,17	4.081,41
Contribución ANSSAL	9.961,82	10.125,13	9.798,52	7.878,50
Contribución Asig. Familiares	51.693,69	52.546,52	50.840,86	20.407,06
Total Contribuciones SS	207.937,65	211.367,13	204.508,18	86.033,18
Contribución RENATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional	121.755,63	123.751,63	119.759,64	48.146,40
Aporte PAMI	33.206,08	33.750,44	32.661,72	13.130,84
Aporte Adicional SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL	4.980,91	5.062,57	4.899,26	3.939,25
Decreto 788/05	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS	159.942,62	162.564,64	157.320,62	65.216,49
Contribución OS	56.450,34	57.375,75	55.524,92	44.644,84
Contribución Adicional OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	56.450,34	57.375,75	55.524,92	44.644,84
Aporte OS	28.225,17	28.687,88	27.762,46	22.322,42
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS	28.225,17	28.687,88	27.762,46	22.322,42

DECLARACIÓN EN LÍNEA
CONSULTA DE NÓMINA DE DECLARACIONES JURADAS PRESENTADAS

CUIT	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO DE LA DDJJ	SECUENCIA
20-12358545-4	OSCAR EDUARDO BERTOSSI	07/2025	000

CUIL	Suma Totales
Apellido y Nombre	-
Obra Social	-
Corresponde Reducción?	-
Con Cobertura S.C.V.O?	-
Situación	-
Condición	-
Actividad	-
Modalidad de Contrato	-
Código de siniestrado	-
Localidad	-
% de Reducción	-
Cónyugue	-
Hijos	-
Adherentes	-
Remuneración Total	8.227.001,05
Remuneración 1	8.039.497,20
Remuneración 2	8.039.497,20
Remuneración 3	8.039.497,20
Remuneración 4	8.477.191,70
Remuneración 5	8.039.497,20
Remuneración 6	0,00
Remuneración 7	0,00
Remuneración 8	8.477.191,70
Remuneración 9	8.226.997,20
Remuneración 10	7.986.969,60
Conceptos no remun.	187.503,85
Asig. Familiares Pagadas	0,00
Contribución Previsional	860.196,64
Contribución PAMI	126.992,81
Contrib. Tarea Dif.	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00
Fondo Nac. de Empleo	75.077,51
Contribución ANSSAL	76.294,72
Contribución Asig. Familiares	375.387,58
Total Contribuciones SS	1.513.949,26
Contribución RENATRE	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00
Aporte Previsional	884.344,69
Aporte PAMI	241.184,92
Aporte Adicional SS	0,00
Aporte ANSSAL	38.147,36
Decreto 788/05	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00
Aporte diferelncial Prev	0,00
Total Aportes SS	1.163.676,97
Contribución OS	432.336,77
Contribución Adicional OS	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00
Total Contribuciones OS	432.336,77
Aporte OS	216.168,39
Aporte Adicional de OS	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00
Total Aportes OS	216.168,39

SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

CERTIFICADO DE COBERTURA

Por medio de la presente certificamos que la firma Bertossi Oscar Eduardo posee en esta cooperativa un Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Ley 1567/74 - Nro. de póliza: 2716226 - referencia 2672049, con vigencia desde el 01/07/2025 hasta 01/07/2026, cuya nómina se detalla abajo.
A solicitud de la parte interesada se extiende el presente en Sunchales (SF) a los 05 días del mes de agosto de 2025.
Este certificado tendrá validez siempre que se haya realizado la presentación correspondiente en AFIP.

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2672049	**2716226**	**1**	1720	1	101895	220330	6/6/2025	300	VOR002672049	DNI 12.358.545 Bertossi Oscar Eduardo

ASEGURADO			BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	ORIGEN	DESDE	HASTA
DNI 26.120.703	BARCELO BRUNO SEBASTIAN	47	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 28.415.469	BARCELO HERNAN GONZALO	44	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 27.237.790	BERTOSSI GISELA VANINA	45	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 29.113.922	BERTOSSI MARTIN SEBASTIAN	43	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 31.628.478	FIORANO HERNAN	39	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 24.670.915	FIORANO SERGIO RAMON	49	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 29.618.738	GALIANO MATIAS FEDERICO	42	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026
DNI 25.015.324	SOSA ALFREDO ATANASIO	49	Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de	AFIP F931	01/07/2025	01/07/2026

Cantidad de adherentes: 8

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

CASA CENTRAL: Av. Independencia 333 | 2322 Sunchales | Sta. Fe - Argentina | Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151) | Fax (03493) 800-888-2850

mercado pago

Comprobante de pago
#121204824578

Pagaste a

ARCA

Total pagado

$ 77.778,95

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 77.778,95
Total pagado	$ 77.778,95

Pagador	Fecha de pago
Oscar	06/08/2025 08:33:30

POR CUENTA Y ORDEN BANCO INDUSTRIAL S.A.(322) - SUCURSAL :1010

TIPO DE IMPUESTO: AUTONOMO
FORMULARIO: 1108
CUIT: 20123585454
PERIODO FISCAL: 202507
IMPORTE TOTAL PAGADO: $77778.95
CATEGORIA: 202

La acreditación puede tardar hasta 48 horas, siempre se respeta la fecha en que pagaste el servicio. Para más información ingresá en https://www.mercadopago.com.ar/ayuda/pago-de-servicios_4874 y consultá las preguntas frecuentes.

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000012801153000000000179172012358545 48-10000045770100000457701209 86

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo DNI: 12358545
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Asegurado
Bertossi Oscar Eduardo DNI: 12358545
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario
VIRGOLINI ANA MARIA DNI: 11453570
CNEL M DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario
CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. CUIT: 30-50577985-8
CALCHINES 1401
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA CUIT: 30-50004946-0
RN 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
PREVENCION ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. CUIT: 30-68436191-7
RUTA NAC 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Beneficiario de Subrogación
Fundacion Grupo Sancor Seguros CUIT: 33-71059397-9
RN 34
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
EMPRESA PROVINCIAL DE LA ENERGIA DE SANTA FE CUIT: 30-54578816-7
FRANCISCO MIGUENS 260 PISO 05 T 2 0
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA CUIT: 30-50004946-0
RN 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
PREVENCION ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. CUIT: 30-68436191-7
RUTA NAC 34 0
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
BANCO MACRO SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50001008-4
AVDA DR EDUARDO MADERO 1182
1106 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ALIANZA SERVICIOS SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-71479329-9
AVDA INDEPENDENCIA 333
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 0224201002000000000000000000128011530000000001791720123585454 8-10000045770100000457701209 86

Tercero c/Cláus. no Repetición
NUEVO PUERTO SANTA FE S.A. CUIT: 30-70975365-3
DIQUE 1 PUERTO DE SANTA FE 0
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. CUIT: 30-50577985-8
CALCHINES 1401
3000 Santa Fe (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
FUJITEC ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-57509611-1
AVDA MANUEL BELGRANO 884
1092 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
Fundacion Grupo Sancor Seguros CUIT: 33-71059397-9
RN 34
2322 Sunchales (Santa Fe) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
BANCO BBVA ARGENTINA S.A. CUIT: 30-50000319-3
AV CORDOBA 111 PISO 27 0
1054 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Integro Max

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 :

Bertossi Oscar Eduardo
Profesión o actividad que desempeña: 9 - Servicios Comunales, Sociales y Personales
Clasificación: Servicios de reparación no clasificados en otra parte

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte e Invalidez Permanente Total y/o Parcial por Accidente**	**$ 115.000.000,00**
• **Asist. Médica Farmacéutica**	**$ 29.000.000,00**
• **Gastos de Sepelios**	**$ 1.632.576,00**

- **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**
  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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 0224201002000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000457701209 86

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.

ENDOSO
CONDICIONES PARTICULARES
ALCANCE DE LA COBERTURA
-Alcance de Cobertura:
-Se deja expresamente aclarado que se excluyen los accidentes "IN-ITINERE".
EDADES ASEGURABLES PARA LA COBERTURA BÁSICA
-Edad mínima de ingreso: 4
-Edad máxima de ingreso: 80
-Edad máxima de permanencia: 81

BENEFICIARIOS:

1)- El presente seguro cubre los accidentes que sufra la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y por las indemnizaciones especificadas en las mismas mientras permanezca al servicio de las Personas y/o Empresas mencionadas más abajo, o mientras tengan un interés económico licito sobre su vida o salud.
2)- Se instituye beneficiario en primer término a estar personas o empresas, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación.

CIA INDUSTRIAL CERVECERA S.A. (J30-50577985-8)

a) - Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en la Condiciones Particulares de la misma.
b) - Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico licito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.
3)- Previa citación, para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond. Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond Especif (Condiciones Específicas)**

Conforme Cláusulas:
- Fallecimiento (Nro. 1)
- Inv.Permanente Parcial y Total (Nro. 2)
- Asistencia Médico Farmacéutica (Nro. 3)
- Gastos de Sepelio (Nro. 4)
- 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)

Continúa en la próxima página

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
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 022420100200000000000000000012801153000000000179172012358545480-10000045770100000045770120986

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.
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.

- **Cond Particu (Condiciones Particulares)**

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.

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000045770120986

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.

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.

- **Anexo 9 (Clausula Cobranza del Premio)**
- **No Repet (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.

- **Terrorismo (Anexo de Terrorismo)**

Anexo de Terrorismo, Guerra, Guerra Civil, Rebelión, Insurrección o Revolución y Conmoción.

Se deja expresa constancia que a partir de la fecha indicada como inicio de vigencia de la presente modificación, las sumas aseguradas,

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador
Bertossi Oscar Eduardo
CNEL MANUEL DORREGO 5758
3000 Santa Fe (Santa Fe)
Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**
Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 022420100200000000000000000012801153000000000179172012358545 48-10000045770100000045770120986

coberturas y demás condiciones de contratación quedan modificadas de acuerdo a lo indicado precedentemente y reemplazan las condiciones emitidas en fecha anterior.

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 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.

La presente se extiende en Sunchales (SF) el 05-08-2025 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.

Continúa en la próxima página

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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2204357 Póliza nro. 12801153

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 5/8/2025	Hasta las 12 hs 7/9/2025 (*)

Ref.Certif.: 1

Tomador

Bertossi Oscar Eduardo

CNEL MANUEL DORREGO 5758

3000 Santa Fe (Santa Fe)

Asociado: 1577613 **DNI: 12358545**

Org.: 101895 Prod.: 220330 Zona/Ofic: 300

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 07/02/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

CUIP: 02242010020000000000000000001280115300000000017917201235854548-10000045770100000457701209 86

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

- **GAGLIARDI ALEJANDRO DANIEL (Matr. 45770) (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.

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 Nº 104.061 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.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

GARCES HERNAN HECTOR CUIT: ***20-18335817-1***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T2 Cat II Ingresos desde $20.001	09-2017
GANANCIAS PERSONAS FISICAS	05-1994
IVA	11-1998
REG. SEG. SOCIAL EMPLEADOR	06-2017

****

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.

Esta constancia no da cuenta de la inscripción en:

- Impuesto Bienes Personales y Exteriorización - Ley 26476: de corresponder, deberán solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Impuesto a las Ganancias: la condición de exenta, para las entidades enunciadas en los incisos b), d), e), f), g), m) y r) del Art. 20 de la ley, se acredita mediante el "Certificado de exención en el Impuesto a las Ganancias" - Resolución General 2681.

- Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Responsable Deuda Ajena Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal:	*432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.*	Mes de inicio: *11/2013*
Secundaria(s):	*432910 (F-883) INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS*	Mes de inicio: *11/2013*

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - AFIP

VELEZ SARFIELD 4234
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

Vigencia de la presente constancia: ***28-11-2024*** a ***28-12-2024***

Hora **15:36:36** Verificador **101211874840**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP **http://www.afip.gob.ar**.

CONSTANCIA DE COBERTURA

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

Constancia Nro.: 5360679

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

Póliza N° : 2180215357806 Vigencia desde el 18/09/2024 hasta el 18/09/2025.

Tomador:	GARCES, HERNAN HECTOR
CUIT/CUIL/DU:	20183358171
Plan:	AP ASISTENCIAL - 30.000.000 - IN ITINERE
Moneda de la póliza:	PESOS
Vidas vigentes:	1
Coberturas:	ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $2,000,000
	MUERTE E INCAPACIDAD - $30,000,000
	ASISTENCIA PRESTACIONAL - $8,000,000
Franquicia AMF:	$2000
Límite de altura:	15 METROS

NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO

Documento	Apellido y Nombre
DU 18335817	GARCES HERNAN HECTOR

Cantidad Total de Asegurados: 1

Se deja constancia que, las coberturas caducarán a partir del momento en que el asegurado cumpla la edad de 75 años.

Cláusula de No Repetición

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT 30500003193sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Endoso de Beneficiario Preferente

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT/DNI 30500003193. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

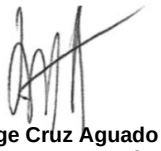
La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 13/08/2025, para ser presentada ante quien corresponda.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-20063163-4
GOMEZ FABIAN RICARDO
RIVADAVIA 2145
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

D

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 09-08-2004

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

AC

(INSCRIPCIÓN DE OFICIO)

FECHA DE INICIO: 01-06-2025

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - OLAVARRIA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.

Vigencia de la presente constancia: **13-08-2025 a 12-09-2025** Hora **13:59:22** Verificador **206222107398**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA CCMA

CERRAR SESION | CUENTA CORRIENTE | CONSULTAS VARIAS

CUIT: **20-20063163-4**

Tipo de Contribuyente: **MONOTRIBUTISTA**

13/8/2025 - 14:13

Apellido y Nombre: **GOMEZ, FABIAN RICARDO**

Domicilio: **RIVADAVIA 2145 - OLAVARRIA - 1**

Dependencia: **DISTRITO OLAVARRIA**

CONSULTA DE SALDOS

PERIODO DESDE 072025 **Consultar**

PERIODO HASTA 072025

FECHA DE CONSULTA 13/08/2025

Periodo	Saldo Acumulado	Tipo de Contribuyente	Estado del Contribuyente
07/2025	0.00	MONOTRIBUTO	**SALDADO**

PAGINA PRINCIPAL **IMPRIMIR**

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-32643676-4
CITATTI ACUÑA RODOLFO LEONARDO
CORTES 4094
OLAVARRIA
7400-BUENOS AIRES

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

A

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 21-04-2009

5095 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ARBA

NA

(NO ALCANZADO POR EXCLUSIÓN POR TRÁMITE)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

5096 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL ARBA - OLAVARRIA

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-09-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.

Vigencia de la presente constancia: **13-08-2025 a 12-09-2025** Hora **14:02:25** Verificador **209347936799**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

MAPFRE

Garces Hernan Hector
Velez Sarsfield 4238

(7400) Olavarria-Buenos Aires

3 / 12 / 109-2243013-16 / 0000 - T
9903-TRUJILLO CAROLINA

R16556

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza depositada en **MAPFRE** al renovar su póliza.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará toda la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluídos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE** , nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina

Beneficios exclusivos para nuestros Clientes

MAPFRE

Porque conocemos el valor de su confianza, en MAPFRE nuestro compromiso es estar cada vez más cerca suyo, con servicios y soluciones que respondan a sus necesidades.

GESTIONES ONLINE

Web exclusiva de Clientes / clientes.mapfre.com.ar
Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP, tendrán acceso a este sitio exclusivo, para:

- Abonar cuotas y modificar formas de pago.
- Denunciar siniestros.
- Descargar certificado de circulación.
- Generar órdenes de reposición de cristales y cerraduras.
- Chequear tus pólizas.
- Adjuntar documentación de tu siniestro.
- Entre otros trámites online.

Líneas de asistencia para Clientes:

- WhatsApp para asistencia vehicular: +54 911 6299 6922
- WhatsApp para consultas y denuncias de siniestros: +54 911 2332 0911
- Contact Center: 0800 999 7424

ATENCIÓN PERSONALIZADA

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas** comerciales. Además, contamos con centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

DENUNCIAS ÁGILES DE SINIESTROS

Ante la ocurrencia de un siniestro, cuenta con los siguientes canales disponibles para realizar su denuncia con agilidad:

- Web de Clientes: clientes.mapfre.com.ar
- Web de Terceros: terceros.mapfre.com.ar
- WhatsApp: +54 911 2332 0911

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA CLIENTES / tecuidamos.mapfre.com.ar

MAPFRE teCuidamos es el Programa de Beneficios exclusivo para nuestros clientes. Descuentos en el cuidado del auto (alineación, balanceo, lubricentro, revisión y lavado) y hogar, son algunos de los beneficios disponibles a los cuales todo cliente de MAPFRE puede acceder presentando simplemente una copia de su póliza y DNI.

Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante https://clientes.mapfre.com.ar para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera (UIF)**.

R174/65

MAPFRE

ES COPIA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

REEMPLAZA POLIZA 212469812

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: C.M. 902-029830-8
C.U.I.T.: 33-70089372-9

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000224301312000000000000020183358171 1-10000074034100000777 18011017
CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706
OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0800-999-7424

CONDICIONES AP ASISTENCIAL 30.000.000 - IN ITINERE

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR C.U.I.T. 20-18335817-1 IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238 REF.:012/2243013/000 T
OBSERVACIONES: C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ACTIVIDAD.....: 670 - MONTADOR DE ASCENSORES
CATEGORIA.....: 3

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS: 2
PERIODO FACTURADO.....: 27/06/2025 AL 27/06/2026
MONEDA DEL CONTRATO.....: PESOS

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100 CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400 CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:

*** EX-AP * CGC-AP * CGE-AP * CGE-AP 100 * CGE-AP 200 * CGE-AP 400 * CC-AP * CE-AP * CE-AP CL1 * CE-AP CL2 * CE-AP CL5 * CE-AP CL11 * CP-AP * CP-AP CL14 * CP-AP CL22 * CP-AP CL5 * CP-AP CL11 * CP-AP CL18 * CP-AP CL19 * CP-AP CL32 * CP-AP CL1 * CP-AP CL9 * CP-AP CL13 * CP-AP CL35 * CP-AP CL36 * CP-AP CL30 ***

R17512

DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA

PRIMA	$	368.601,14
Recargo Financiero (*)	$	25.691,50
IMPUESTOS Y SELLADOS	$	14.194,54
IVA Tasa Básica	$	82.801,45
*** PREMIO TOTAL	$	491.288,63
(*)T.E.A.	%	16,08
Base Imponible IVA	$	394.292,64

PLAN DE PAGOS

VER ANEXO ADJUNTO

Las cuotas seran debitadas de la tarjeta VISA
**********9318

IMPORTANTE: PARA DESCARGAR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO PUEDE INGRESAR A WWW.MAPFRE.COM.AR/VIDA-ONLINE

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se considerarán indistintamente según corresponda.
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
- Solamente las cláusulas y/o artículos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A - Anexo R407**

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

9903 TRUJILLO CAROLINA
12236 ROUTABOUL PABLO MARTIN

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.
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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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.

MAPFRE

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA: 109-02243013-16

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	27/06/2025	$	41.121,00
	27/07/2025	$	40.924,33
	27/08/2025	$	40.924,33
	27/09/2025	$	40.924,33
	27/10/2025	$	40.924,33
	27/11/2025	$	40.924,33
	27/12/2025	$	40.924,33
	27/01/2026	$	40.924,33
	27/02/2026	$	40.924,33
	27/03/2026	$	40.924,33
	27/04/2026	$	40.924,33
	27/05/2026	$	40.924,33

R14371

MAPFRE
Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION : ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA : 109-02243013-16 ENDOSO : 0

	NOMINA DE ASEGURADOS	TIPO Y NRO. DOC.		FECHA DE NAC.
1	CITATI RODOLFO	DU	32643676	14/10/1986
2	GOMEZ FABIAN RICARDO	DU	20063163	23/07/1968

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

EX-AP EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La compañía no cubre los siguientes riesgos:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo los especificados en IV (a).

2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a) o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3. Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a), o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

6. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto IV (a) o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

7. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en servicios de transporte aéreo regular.

8. Los accidentes causados por hechos de:

- Guerra Civil
- Guerra Internacional
- Rebelión
- Sedición o motín
- Tumulto Popular
- Vandalismo
- Guerrilla
- Terrorismo
- Huelga
- Lock-out
- Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en la cláusula de Interpretación, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

Dejanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan.

9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los apartados 8 y 9, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CGC-AP CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS (ANEXO I)

I. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las de la presente póliza.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la póliza, predominarán estas últimas.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

II. DEFINICIONES.

A los efectos de ésta póliza, se entenderá con carácter general, por:

COMPAÑIA: MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, y mediante el cobro de un premio, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que celebra este contrato con la Compañía y a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 23 y 25 de la Ley de Seguros.

ASEGURADO: Persona titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden en su caso los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 24 y 26 de la Ley de Seguros.

BENEFICIARIO: Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso el Asegurado, reconoce el derecho a percibir el importe que se especifique en la Póliza.

POLIZA: Documento que, debidamente firmado contendrá las Condiciones Generales de este contrato y las demás Condiciones Particulares que identifican al riesgo de acuerdo a lo estipulado por el Art. 11 de la Ley de Seguros.

PREMIO: Precio del seguro, a cuyo pago está obligado el Tomador o en su caso el Asegurado.

SUMA ASEGURADA: Importe establecido en la Póliza, que representa el límite máximo de indemnización.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas estén cubiertas por la Póliza y que obliga, a la Compañía a resarcir ese daño o cumplir con la prestación convenida en la misma. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un sólo siniestro.

DAÑOS CORPORALES: Muertes o lesiones sufridas por personas.

ACCIDENTES: 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.

PERDIDA TOTAL: Tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del/los órgano/s lesionado/s.

PERSONAS NO ASEGURABLES: El seguro no ampara a menores de 14 años y mayores de 65.

III. BASES DEL SEGURO.

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro sobre el riesgo a asegurar y que han determinado la aceptación del mismo por parte de la Compañía, dando lugar al cálculo del premio correspondiente.
Si el contenido de la póliza difiere de las declaraciones o propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
Si el Tomador del seguro, al formular las declaraciones o completar la propuesta, incurriera en reserva, declaraciones falsas o reticencia, de circunstancias por él conocidas y que pudieran influir en la valoración del riesgo se aplicarán las reglas siguientes:

a. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 -L. de S.).

b. Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 -L. de S.).

c. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 -L. de S.).

d. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 -L. de S.).

IV. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO.

a. RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones siempre que se estipulen en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en la póliza.
Salvo las limitaciones o exclusiones establecidas en este contrato, el seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en servicios de

transporte aéreo regular.
Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y waterpolo.
Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el apartado c), inciso 2; el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

b. AMPLIACION DEL RIESGO CUBIERTO.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

V. CONCURRENCIA DE INVALIDECES.

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

VI. AGRAVACION POR CONCAUSAS.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

VII. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Asegurado deberá notificar, sin dilación a cada Compañía los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, con indicación de la Compañía y la suma asegurada.
El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

VIII. AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO.

a. El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente, después de conocerlas (Art. 38 -L.

de S.).

b. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 -L. de S.). Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 -L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- Modificación de su profesión o actividad;
- Fijación de residencia fuera del país.

c. Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 -L. de S.). Cuando la agravación resulta de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía (Art. 40 L. de S.).

d. No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

e. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho de la Compañía:

- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima, proporcional al tiempo transcurrido.

- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso no mayor de un año (Art. 41 -L. de S.).

IX. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTES.

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía del acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Art. 46 y 47 -L. de S.).
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico-racional.
El Asegurado remitirá a la Compañía cada quince días certificaciones que actualicen el pronóstico de curación. Asimismo el Asegurado deberá someterse al exámen de los médicos del Asegurador cada vez que este lo solicite.
El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 -L. de S.), sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los Beneficiarios deberán presentar:

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- En caso de muerte, la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

- En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos.
Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.

X. RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO.

El Asegurado debe comunicar a la Compañía en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

XI. REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS.

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de la Compañía al respecto, en cuanto sea razonable (Art. 150 -L. de S.).

XII. DESIGNACION DEL BENEFICIARIO.

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Compañía después del evento previsto.
Designada varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá a las cuotas hereditarias.
Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 y 146 -L. de S.).

XIII. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que este sea debidamente notificado.
Cuando la designación sea a título oneroso y la Compañía conozca dicha circunstancia, no admitirá el cambio de beneficiario.
La Compañía queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

XIV. VALUACION POR PERITOS.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación al tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince días.
Si una de las partes omitiese designar médicos dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte mas diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud y Acción Social de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes será a su respectivo cargo y los del tercero será pagados por las partes cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 - L. de S.).

XV. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE LA COMPAÑIA.

El pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren en el punto XII, el que sea posterior.
Cuando la Compañía hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50 % de la prestación estimada por la Compañía.
A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.
En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.
En caso de viaje aéreo del Asegurado y si no se tuviera noticias del avión por un período no inferior a tres meses, la Compañía hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte.
Si apareciera el Asegurado o se tuviera noticias ciertas de él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiera sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

XVI. CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

XVII. RESCISION UNILATERAL.

- Cualesquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días.Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

- Cuando el seguro rija de 12 a 12 horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario desde la hora veinticuatro.

- Si la Compañía ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo corrido.

- Si el Asegurado opta por la rescisión, la Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo

transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do. párrafo -L. de S.).

- En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por la invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

XVIII. DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES.

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 -L. de S.).

XIX. COMPUTO DE LOS PLAZOS.

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

XX. PRESCRIPCION Y JURISDICCION.

- Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el término de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 -L. de S.).

- Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

XXI. PAGO DEL PREMIO.

El premio es debido desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 -L. de S.).
En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de Cobranza del Premio autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los seguros por períodos que no excedan los 90 días el pago debe efectuarse al contado.

XXII. FACULTADES DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS.

El Productor Asesor de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta a la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;

- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- Aceptar el pago del premio si se halla en la posesión de un recibo de la Compañía. La firma puede ser facsimilar (Art. 53 TT-L. de S.).

XXIII. SEGUROS EN MONEDA EXTRANJERA.

Los pagos de las obligaciones correspondientes tanto al Asegurado como al Asegurador, deberán efectuarse en la divisa estipulada, con sujeción a las normas legales y/o reglamentarias emanadas de autoridad del régimen cambiario y vigentes en el momento del pago.

CGE-AP CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS (ANEXO II)

De las siguientes cláusulas sólo son de aplicación las que se mencionan en las Condiciones Particulares.

CGE-AP 100 RIESGO DE MUERTE

Si el accidente causare la muerte, la Compañía abonará la suma prevista para este caso. Sin embargo la Compañía reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por ese u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.
La Compañía deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte. En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé a lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedan automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando la Compañía la totalidad de la prima.

CGE-AP 200 RIESGO DE INVALIDEZ PERMANENTE

a. Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, y si esta cobertura estuviese expresamente estipulada en la póliza, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en la póliza, que corresponde de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100

PARCIAL

1. Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión normal.	40

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Sordera total e incurable de un oído.		15
Ablación de la mandíbula inferior.		50
2. Miembros Superiores:	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo.	65	52
Pérdida total de una mano.	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudo-artrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15	12
Pérdida total del pulgar.	18	14
Pérdida total del índice.	14	11
Pérdida total del dedo medio.	9	7
Pérdida total del anular o el meñique.	8	6
3. Miembros inferiores:		
Pérdida total de una pierna.		55
Pérdida total de un pie.		40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).		35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).		30
Fractura no consolidada de una rótula.		30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.		8
Acortamiento de un miembro inferior de por menos de 5 cm.		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.		8
Pérdida total del dedo gordo de un pié.		8

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Pérdida total de otro dedo del pié. 4

b. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70 % la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

c. La pérdida de la falange de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

d. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para la invalidez total permanente.

e. En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

f. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración anterior constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

g. Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

h. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA

La Compañía amplía su responsabilidad a cubrir hasta la suma prevista en la póliza el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.
La Compañía no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis en general.
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.
Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de una Compañía Aseguradora, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación de la Compañía y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
Con esta salvedad, en caso de siniestro la Compañía contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.
El Asegurado no puede pretender, en el conjunto, una indemnización que supere el monto del daño sufrido.
Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la indemnización para el caso de accidentes no producidos por el hecho o

en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
Esta cobertura quedará suspendida automáticamente y sin necesidad de comunicación al cumplir el Asegurado la edad de 75 años inclusive.

CC-AP CLAUSULA DE COBRANZA (ANEXO IV)

ARTICULO 1º

El premio de este seguro, debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de vigencia o, si el Asegurador lo aceptase en las cuotas previstas en las Condiciones Particulares (expresadas en pesos o moneda extranjera) y en las fechas de vencimiento allí señaladas.
No obstante el período de cobertura que consta en el frente de póliza, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente al del pago total del premio.
En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), el que no podrá ser inferior al total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato.
(Texto conforme Resolución Nº 21.600 del 3 de Marzo de 1992 dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación).
El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4º de la Resolución General Nº 21.523. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTICULO 2º

Vencido cualesquiera de los plazos de pago del premio indicado en las Condiciones Particulares sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de 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, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada precedentemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3º

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

ARTICULO 4º

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos suplementos de la póliza.

ARTICULO 5º

Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Contratante, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

ARTICULO 6º

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Contratante.

ARTICULO 7º

Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato o de otro que tuviera celebrado con el mismo Asegurado.

CE-AP CONDICIONES ESPECIALES (ANEXO III)

De las siguientes cláusulas indicadas a continuación sólo son de aplicación en el presente contrato de seguro las mencionadas en las Condiciones Particulares.

CE-AP CL1 SEGUROS COLECTIVOS

I. PERSONAS ASEGURABLES: Es asegurable en forma colectiva todo grupo de personas unidas por un interés común, preexistente, distinto y más importante que el de obtener un seguro. No obstante, se deja expresa constancia que esta cobertura no ampare las responsabilidades emergentes de la Ley Nro. 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y sus reglamentaciones.

II. PERSONAS ASEGURADAS: El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la presente póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan en el grupo asegurado y cumplan la condición establecida por el párrafo anterior.

III. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL2 CONTRATACION DE UN SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

I. PAGO DEL PREMIO: El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a

su cargo.

II. INTERES ASEGURABLE: El presente seguro cubre los accidentes que sufran las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y por las prestaciones especificadas en las mismas, mientras permanezcan al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

III. BENEFICIARIOS: Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
-Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
-Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.

IV. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Previa citación al Contratante, para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiario que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

V. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL5 AMPLIACION A MAYORES DE 65 AÑOS

Mediante el pago de la extraprima correspondiente, según el caso, la Compañía amplia su responsabilidad a cubrir al (los) mayor (es) de 65 años que se indican en la póliza, excluyendo de la misma la cobertura de Asistencia Médica una vez cumplidos los 70 años.

CE-AP CL11 USO DE MOTOS

Contrariamente a lo establecido en las exclusiones de cobertura (EX-AP) inciso 6 de las Condiciones Generales de la póliza, el presente seguro cubre también los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares.

CP-AP CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES

CP-AP CL14 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En los términos de la cláusula III de las Condiciones Generales Comunes, queda establecido que este contrato

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

se celebra bajo la condición de que los Asegurados se encuentran afectados al riesgo declarado y establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y que dicha afectación durara por el periodo de vigencia del presente contrato, debiendo el Tomador y/o Asegurado denunciar cualquier modificación en la actividad declarada a la Aseguradora.
En caso de violación a esta convención, de acuerdo a lo establecido en el Art. 5 de la ley 17.418, en cuanto a reticencia, los Arts. 37 y 44 de la misma ley, en cuanto a agravación de riesgo y Art. 36 de la misma, en cuanto a la caducidad por incumplimiento de cargas, el contrato podrá ser anulado o rescindido respectivamente, con los efectos legalmente previstos.

CP-AP CL22 AMBITO LABORAL CON ITINERE

Solo quedan comprendidas en la cobertura, la o las personas designadas en la nómina que forma parte integrante de este seguro, conforme a la profesión declarada a la Compañía, incluyendo el Accidente "in itinere", hasta las sumas indicadas en estas Condiciones Particulares.
Queda establecido y convenido que, contrariamente a lo estipulado en el inciso a) de la cláusula 4 de las Condiciones Generales de la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Particulares, únicamente en el caso que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún Accidente ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, siempre que dicho Accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, o causa originaria de los gastos de asistencia médico farmacéutica y que las consecuencias del Accidente se manifieste a mas tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
Además de las exclusiones previstas en el inciso c) del ítem IV del anexo I, la presente póliza no cubre los Accidentes resultantes del ejercicio de tareas de doma de animales.
Se entiende por in itinere el Accidente sufrido por el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su lugar de trabajo y su domicilio, y viceversa, conforme al recorrido habitual denunciado en forma fehaciente por el mismo a la Compañía. La Compañía no pagara las prestaciones comprometidas en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado hubiera interrumpido o alterado el recorrido habitual por causas ajenas al trabajo.

CP-AP CL5 COBERTURA ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA

Ampliando lo dispuesto en la cláusula 400 de las Condiciones Generales Específicas: Cobertura de Asistencia Médico Farmacéutica por reintegro: queda por su exclusiva cuenta la elección del profesional o centro asistencial que lo asistirá por su cuenta y orden, limitándose Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a reembolsar, en caso de aceptación del reclamo, al Tomador, Asegurado o Beneficiario de la póliza, previa presentación de la documentación pertinente, el importe insumido hasta la suma asegurada indicada en el frente de póliza.
El Tomador, Asegurado o Beneficiario participara en cada siniestro con una franquicia a su cargo, por el importe indicado en el frente de la presente póliza.

CP-AP CL11 COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO PRESTACIONAL

Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. pone a disposición del Asegurado una red de prestadores médicos a los cuales podrá asistir a fin de requerir su atención, en caso de un evento cubierto. este servicio consiste, en la prestación de asistencia medica a cargo de la Compañía, en un centro asistencial prestador de la misma

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

enunciado en el 0800-999-7424 o www.mapfre.com.ar/vidaonline/prestadores/ap.
En caso de aceptación del reclamo, esta cobertura será directamente abonada por la Aseguradora al prestador comprendido en dicha red, previa presentación de la documentación pertinente (Art. 46 ley de seguros N° 17.418). y hasta el importe de la suma máxima asegurada indicada en el frente de póliza.
No se aplicará franquicia alguna a cargo del tomador, asegurado o beneficiario del seguro.
Queda establecido que, en caso de que el Asegurado hubiera efectuado gastos comprendidos dentro de la cobertura adicional de asistencia médico farmacéutica, simultáneamente con la cobertura adicional de asistencia médico prestación, Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. reembolsara tanto al Tomador, Asegurados o Beneficiario de la póliza como al centro asistencial facilitado por la Compañía, los gastos efectivamente incurrido en conjunto hasta el limite máximo asegurado en concepto de cobertura adicional de asistencia medica prestación. Cabe aclarar que los gastos incurridos en el centro asistencial facilitado por la Compañía, tendrá preeminencia sobre los efectuado por el Asegurador, Tomador o Beneficiario, correspondientes a la cobertura adicional de cobertura asistencia médico farmacéutica.
Para cualquiera de las coberturas otorgadas por esta póliza, se deja constancia que la opción del Asegurado por un profesional o centro determinado corre por su exclusiva cuenta, se encuentre dentro o fuera del listado facilitado por Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A.
Se establece expresamente que todo evento excluido de la cobertura de este contrato a través de las Condiciones Particulares o Generales del mismo como así también por la ley N° 17.418, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna y por la sola ocurrencia del mismo, otorga a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. el derecho a iniciar toda acción de repetición contra el Tomador de la póliza, sus funcionarios o el protagonista del evento, fuere o no Asegurado del contrato o los Beneficiarios del mismo; con motivo, de las prestaciones dinerarias que haya abonado, durante el periodo de verificación del siniestro (Art. 49 ley N° 17.418) a los centros asistenciales nominados de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., por sucesos sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Se cubren prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
Se entiende por:

a)Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b)Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada

como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la prestación para el caso de accidentes no producidos por el hecho o en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
CP-AP CL18 USO DE MOTO

1) Se encuentran excluidos de cobertura:

a) Las consecuencias de los accidentes ocurridos por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;
b) Los accidentes cuyas consecuencias se agraven por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;

2) A los fines de la aplicación de esta exclusión de cobertura, la Aseguradora tendrá en cuenta las siguientes pautas contenidas en la ley 24.449 (ley de transito):

DEFINICIONES:
Ciclomotor: Motocicleta de hasta 50 cc de cilindrada y que no pueda exceder los 50 kilómetros por hora de velocidad.
Motocicleta: Todo vehículo de dos ruedas con motor a tracción propia de mas de 50 cc de cilindrada y que pueda desarrollar velocidades superiores a los 50 kilómetros por hora.

EDADES MINIMAS PARA CONDUCIR:
Para conducir vehículos en la vía publica se deben tener cumplidos los dieciseis años para ciclomotores, en tanto no lleven pasajero. Los menores de edad para solicitar licencia conforme al articulo 11 de la ley 24.449, deben ser autorizados por su representante legal, cuya retractación implica, para la autoridad de expedición de la habilitación la obligación de anular la licencia y disponer su secuestro si no hubiere sido devuelta.
Las autoridades jurisdiccionales pueden establecer en razón de fundadas características locales, excepciones a las edades mínimas para conducir, las que solo serán validas con relación al tipo de vehículo y a las zonas o vías que determinen en el ámbito de su jurisdicción.

CLASES DE LICENCIAS:
Las clases de licencias para conducir automotores son: clase a) para ciclomotores, motocicletas y triciclos motorizados. Cuando se trate de motocicletas de mas de 150 centímetros cúbicos de cilindrada, se debe haber tenido previamente por dos años habilitación para motos de menor potencia, excepto los mayores de 21 años.

CONDICIONES DE SEGURIDAD:
Los vehículos cumplirán las siguientes exigencias mínimas:
- Las motocicletas deben estar equipadas con casco antes de ser libradas a la circulación.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

SISTEMAS DE ILUMINACION:
- Los automotores para personas y carga deben tener los siguientes sistemas y elementos de iluminación:
- Faros delanteros: La luz blanca o amarilla en no mas de dos pares, con alta y baja, esta de proyección asimétrica;
-Luces de posición: Que indican junto con las anteriores, dimensión y sentido de marcha desde los puntos de observación reglamentados: 1) Delanteras de color blanco o amarillo; 2) Traseras de color rojo; 3) Laterales de color amarillo a cada costado, en los cuales por su largo las exija la reglamentación; 4) Indicadores diferenciales de color blanco, en los vehículos en los cuales por su ancho los exija la reglamentación;
- Luces de giro: Intermitentes de color amarillo, delante y atrás. en los vehículos que indique la reglamentación llevaran otras a los costados;
- Luces de freno traseras: de color rojo, encenderán al accionarse el mando de frenos antes de actuar este;
- Luz para la patente trasera
- Luces intermitentes de emergencia, que incluye a todos los indicadores de giro.

REQUISITOS PARA CIRCULAR:
Para poder circular con automotor es indispensable:
a) Que tratandose de una motocicleta, sus ocupantes lleven puestos cascos normalizados, y si la misma no tiene parabrisas, su conductor use anteojos;

PROHIBICIONES:
Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia a 200 miligramos por litro de sangre.(1) A los menores de 18 años, conducir ciclomotores en zonas centricas, de gran concentración de vehículos o vías rápidas.
A los conductores de ciclomotores, circular asidos de otros vehículos o enfilados inmediatamente tras otros automotores;

VELOCIDAD MAXIMA
Los limites máximos de velocidad son:
En zona urbana:
1) En calles: 40 km/h;
2) En avenidas: 60 km/h;
3) En vías con sectorización coordinada y solo para motocicletas y automóviles: la velocidad de coordinación de los semáforos;
En zona rural:
1) Para motocicletas, automóviles y camionetas, 110 km/h;
En semiautopistas:
Los mismos limites que en zona rural para los distintos tipos de vehículos, salvo el de 120 km/h para motocicletas y automóviles;
En autopistas:
Para motocicletas y automóviles podrán llegar hasta 130 km/h;
Limites máximos especiales: 1) En las encrucijadas urbanas sin semáforos: la velocidad precautoria, nunca superior a 30 km/h; 2) En los pasos a nivel sin barrera ni semáforos: la velocidad precautoria no superior a 20 km/h y después de asegurarse el conductor que no viene un tren; 3) En proximidad de establecimientos escolares, deportivos y de gran influencia de personas: Velocidad precautoria no mayor a 20 km/h, durante su funcionamiento; en rutas que atraviesen zonas urbanas: 60 km/h, salvo señalización en contrario.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

(1) Se aclara que en el decreto 779/95 (reglamentario de la ley 24.449) se establece: en el caso de ingesta de alcohol, no se podrá conducir con mas de medio gramo (0.5g) por litro de sangre.

CP-AP CL19 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo estipulado en la cláusula 11 de las Condiciones Especiales, se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 125 cc y vehículos similares, siempre y cuando los mismos hayan ocurrido en ocasión de trasladarse desde el domicilio del Asegurado hasta su lugar de trabajo y viceversa. En todos los demás supuestos, continua vigente la exclusión de cobertura indicada en el punto 6) de las Exclusiones de Cobertura.

CP-AP CL32 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo establecido en la cláusula CP-AP CL19 se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 250 cc.

CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACION

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 69 (sesenta y nueve) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: 70 (setenta) años de edad.

A partir de los 65 (sesenta y cinco) años de edad la cobertura comprende solo el riesgo de muerte por accidente.

CP-AP CL9 TEXTO ALTURA 15 METROS

Se deja expresa constancia, que quedan excluidos de cobertura las caídas de distinto nivel (en altura). En tal sentido, se entenderá por caída de distinto nivel a toda caída producida desde un nivel cuya diferencia de cota sea igual o mayor a 15 mts (quince metros), respecto del plano horizontal inferior mas próximo (aun cuando presente algún grado de inclinación); cualesquiera fueren sus causas o circunstancias y aunque hubieren ocurrido con motivo o en ocasión del trabajo y se hubieren observado las medidas de seguridad pertinentes.
A modo ejemplificativo y en forma no taxativa, están excluidas de cobertura las consecuencias de los accidentes que sean caídas de plataformas, andamios, balcones, torres, postes, instalaciones, edificios, techos, escaleras, sogas, dispositivos de izamiento, ascensores, montacargas, planchas, andariveles, estructuras fijas o móviles, puentes, grúas u otras maquinarias y que superen la altura antes indicada.

CP-AP CL13 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Ampliando el punto III de la cláusula 1 de las Condiciones Especiales, se establece que el límite máximo establecido para pólizas colectivas es de $ 60.000.000 (sesenta millones), en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás Asegurados Individuales que superen dicho tope.

CP-AP CL35 EXTENSION EDADES
Contrariamente a lo establecido en CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACIÓN, se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 74 (setenta y cuatro) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: La cobertura caducará al cumplir el asegurado los 75 (setenta y cinco) años de edad.

Las edades detalladas serán de aplicación para todas las coberturas de la presente póliza.

CP-AP CL36 AMPLICACIÓN DE COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO FARMACEÚTICA: PRÓTESIS Y ÓRTESIS
Contrariamente a lo estipulado en CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA, la Compañía reembolsará los gastos de prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
La suma de los importes abonados por gastos de asistencia médico farmacéutica incluyendo los gastos de prótesis y ortésis no podrán superar el límite establecido en las condiciones particulares para Asistencia médico farmacéutica.
Se entiende por:
a) Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales
b) Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 109-02243013-16
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL30 HORA - EMISION, VIGENCIA AL DIA SIGUIENTE

Contrariamente a lo especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato, indicado en el frente de póliza, el inicio de la vigencia de la cobertura es a partir de la hora 0 (cero) del día que se indica como inicio de la misma.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cua l recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador.
De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.
Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales .

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
REEMPLAZA POLIZA 212469812
CERTIFICADO NRO.: 000001

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000022430131200000000000000201833581711-10000074034100000777180110 17

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2243013/000 T
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:1

ASEGURADO.....:CITATI RODOLFO
DOCUMENTO.....:DU - 32643676
FEC. NACIMIENTO.....:14/10/1986
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
REEMPLAZA POLIZA 212469812
CERTIFICADO NRO.: 000002

POLIZA N°:	109-02243013-16
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/05/2025

CUIP: 06992010010000000000000000224301312000000000000020183358171 1-10000074034100000777180110 17

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
27/06/2025	27/06/2026

MATRICULA PAS: 74034

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2243013/000 T
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:2

ASEGURADO.....:GOMEZ FABIAN RICARDO
DOCUMENTO.....:DU - 20063163
FEC. NACIMIENTO.....:23/07/1968
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

Anexo : R407

Resolución del Ministerio de Economía Nro.407/01 del 29/08/01 y del 11/05/2001 y Resolución N° 28.268 SSN del 26/6/2001

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros, endosos y facturaciones ***emitidos a partir del 1/7/2001***

Advertencias a Asegurados, Tomadores y Asegurables:

Artículo 1ro (Según Resolución M.E.N° 407/01):

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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 de alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Artículo 2do (Según Resolución M.E.N° 407/01):

Los productores asesores de seguros Ley Nº22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Articulo 1º de la presente resolución.

Artículo 3ro (Resolución N° 28.268):

No están sujetos al régimen de la presente Resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguro:
a) Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
b) Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley Nº 24.241.
c) Celebrados en el marco de la Ley Nº 24.557.

Nómina de los medios habilitados en los términos del Artículo 1ro:

En la página siguiente encontrará la nómina de los medios habilitados *a la fecha* para el pago de su póliza, pudiendo consultar permanentemente la nómina actualizada a través de los siguientes canales:

- Su Productor Asesor de Seguros
- Nuestro sitio en Internet: **www.mapfre.com.ar**
- **SI24 (Servicio integral 24 hs.) 0800-999-SI24 (7424)**
- La Oficina Comercial de su zona.

Usted elige la forma de hacer el pago de su seguro...
Nómina de los medios habilitados

Débito automático en:

- **Tarjeta de Crédito:**

American Express, Diners, Visa, Cabal, Mastercard, Tarjeta Naranja, Tarjeta Nevada, Tarjeta Nativa.

- **Débito en cuenta corriente o caja de ahorro en cualquier banco adherido a Coelsa.**

Podrá adherirse a estas modalidades de pago llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente 0800.999.7424 y completando el respectivo formulario de adhesión.

Ventajas del pago por débito automático:

- Su seguro lo abona en mayor cantidad de cuotas.
- El Asegurado no debe ser necesariamente el Titular de la Tarjeta , basta que El Titular dé su consentimiento por escrito.
- El resumen de cuenta / extracto bancario opera como comprobante de pago.
- No necesita ocuparse más de ir a pagar cada factura, su única "molestia" es adherirse y mantener saldos suficientes en su cuenta.
- Se acabaron las colas para pagar.
- Ahorro de tiempo y comodidad.
- Seguridad, al no tener que trasladarse con efectivo.

A quienes aun no han optado por el débito automático, les ofrecemos las siguientes alternativas:

- Pago Fácil
- Rapipago
- Rapipago por teléfono, llamando al número 0810.345.7274 .

- Pago a través de cajeros automáticos de la Red Banelco o en Internet en www.pagomiscuentas.com.ar

---

Advertencia al Asegurado/Tomador: Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas.

SI24 0800-999-SI24 (7424) las 24 hs, los 365 días del año.

R1.1

TARJETA DE ASISTENCIA

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**CITATI RODOLFO**
Documento:	**DU 32643676**
Póliza N°:	**224301312**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**GOMEZ FABIAN RICARDO**
Documento:	**DU 20063163**
Póliza N°:	**224301312**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

R14055

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) Munro - Prov. de Buenos Aires
TEL.: 4320-6700 / 9400 - FAX: 4320-6762

FECHA DE EMISION : 16/05/2025

COMPROBANTE DE PERCEPCION DE INGRESOS BRUTOS

SECCION....: ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA.....: 109-02243013-16
ENDOSO.....: 0
VIGENCIA...: desde 27/06/2025 hasta 27/06/2026
TOMADOR....: GARCES HERNAN HECTOR
CUIT.......: 20-18335817-1
PROVINCIA..: BUENOS AIRES
NRO. INSC..: NO INSCRIPTO
BASE IMP...: $ 394.292,64
IMPORTE....: $ 9.857,32

MAPFRE

Garces Hernan Hector
Velez Sarsfield 4238

(7400) Olavarria-Buenos Aires

3 / 12 / 109-2153578-06 / 0000 - W
9903-TRUJILLO CAROLINA

R16556

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza depositada en **MAPFRE** al renovar su póliza.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará toda la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluídos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE** , nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina

Beneficios exclusivos para nuestros Clientes

MAPFRE

Porque conocemos el valor de su confianza, en MAPFRE nuestro compromiso es estar cada vez más cerca suyo, con servicios y soluciones que respondan a sus necesidades.

GESTIONES ONLINE

Web exclusiva de Clientes / clientes.mapfre.com.ar
Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP, tendrán acceso a este sitio exclusivo, para:

- Abonar cuotas y modificar formas de pago.
- Denunciar siniestros.
- Descargar certificado de circulación.
- Generar órdenes de reposición de cristales y cerraduras.
- Chequear tus pólizas.
- Adjuntar documentación de tu siniestro.
- Entre otros trámites online.

Líneas de asistencia para Clientes:

- WhatsApp para asistencia vehicular: +54 911 6299 6922
- WhatsApp para consultas y denuncias de siniestros: +54 911 2332 0911
- Contact Center: 0800 999 7424

ATENCIÓN PERSONALIZADA

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas** comerciales. Además, contamos con centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

DENUNCIAS ÁGILES DE SINIESTROS

Ante la ocurrencia de un siniestro, cuenta con los siguientes canales disponibles para realizar su denuncia con agilidad:

- Web de Clientes: clientes.mapfre.com.ar
- Web de Terceros: terceros.mapfre.com.ar
- WhatsApp: +54 911 2332 0911

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA CLIENTES / tecuidamos.mapfre.com.ar

MAPFRE teCuidamos es el Programa de Beneficios exclusivo para nuestros clientes. Descuentos en el cuidado del auto (alineación, balanceo, lubricentro, revisión y lavado) y hogar, son algunos de los beneficios disponibles a los cuales todo cliente de MAPFRE puede acceder presentando simplemente una copia de su póliza y DNI.

Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante https://clientes.mapfre.com.ar para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera (UIF)**.

R174/65

MAPFRE

ES COPIA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RENUEVA POLIZA 204080412

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: C.M. 902-029830-8
C.U.I.T.: 33-70089372-9

POLIZA N°: 218-02153578-06
SUPLEMENTO N°: 0

EMISION: 16/08/2024

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
18/09/2024	18/09/2025

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000018
CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706
OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0800-999-7424

CONDICIONES AP ASISTENCIAL 30.000.000 - IN ITINERE

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR C.U.I.T. 20-18335817-1 IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238 REF.:012/2153578/000 W
OBSERVACIONES: C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ACTIVIDAD.....: 634 - MANTENIMIENTO DE ASCENSORES
CATEGORIA.....: 3

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS: 1
PERIODO FACTURADO.....: 18/09/2024 AL 18/09/2025
MONEDA DEL CONTRATO.....: PESOS

ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:

* EX-AP * CGC-AP * CGE-AP * CGE-AP 100 * CGE-AP 200 * CGE-AP 400 * CC-AP * CE-AP * CE-AP CL2 * CE-AP CL5 * CE-AP CL11 * CP-AP * CP-AP CL14 * CP-AP CL22 * CP-AP CL5 * CP-AP CL11 * CP-AP CL18 * CP-AP CL19 * CP-AP CL32 * CP-AP CL1 * CP-AP CL9 * CP-AP CL13 * CP-AP CL33 * CP-AP CL35 * CP-AP CL36 * CP-AP CL28 * CP-AP CL30 *

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA

PRIMA	$	156.818,15
Recargo Financiero (*)	$	10.930,23
IMPUESTOS Y SELLADOS	$	1.845,23
IVA Tasa Básica	$	35.227,16
*** PREMIO TOTAL	$	204.820,77
(*)T.E.A.	%	16,08
Base Imponible IVA	$	167.748,38

PLAN DE PAGOS

VER ANEXO ADJUNTO

Las cuotas seran debitadas de la tarjeta VISA
**********9318

IMPORTANTE: PARA DESCARGAR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO PUEDE INGRESAR A WWW.MAPFRE.COM.AR/VIDA-ONLINE

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se considerarán indistintamente según corresponda.
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
- Solamente las cláusulas y/o artículos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A - R407**

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

9903 TRUJILLO CAROLINA

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.
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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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.

MAPFRE

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA: 218-02153578-06

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	18/09/2024	$	17.143,50
	18/10/2024	$	17.061,57
	18/11/2024	$	17.061,57
	18/12/2024	$	17.061,57
	18/01/2025	$	17.061,57
	18/02/2025	$	17.061,57
	18/03/2025	$	17.061,57
	18/04/2025	$	17.061,57
	18/05/2025	$	17.061,57
	18/06/2025	$	17.061,57
	18/07/2025	$	17.061,57
	18/08/2025	$	17.061,57

R14371

MAPFRE
Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION : ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA : 218-02153578-06 ENDOSO : 0

	NOMINA DE ASEGURADOS	TIPO Y NRO. DOC.		FECHA DE NAC.
1	GARCES HERNAN HECTOR	DU	18335817	31/05/1967

R14726

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

EX-AP EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La compañía no cubre los siguientes riesgos:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo los especificados en IV (a).

2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a) o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3. Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto IV (a), o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

6. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto IV (a) o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

7. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en servicios de transporte aéreo regular.

8. Los accidentes causados por hechos de:

- Guerra Civil
- Guerra Internacional
- Rebelión
- Sedición o motín
- Tumulto Popular
- Vandalismo
- Guerrilla
- Terrorismo
- Huelga
- Lock-out
- Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en la cláusula de Interpretación, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

Dejanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan.

9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los apartados 8 y 9, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CGC-AP CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS (ANEXO I)

I. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las de la presente póliza.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la póliza, predominarán estas últimas.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

II. DEFINICIONES.

A los efectos de ésta póliza, se entenderá con carácter general, por:

COMPAÑIA: MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, y mediante el cobro de un premio, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que celebra este contrato con la Compañía y a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 23 y 25 de la Ley de Seguros.

ASEGURADO: Persona titular del interés expuesto al riesgo a quien corresponden en su caso los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro, con arreglo a lo dispuesto en los Arts. 24 y 26 de la Ley de Seguros.

BENEFICIARIO: Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso el Asegurado, reconoce el derecho a percibir el importe que se especifique en la Póliza.

POLIZA: Documento que, debidamente firmado contendrá las Condiciones Generales de este contrato y las demás Condiciones Particulares que identifican al riesgo de acuerdo a lo estipulado por el Art. 11 de la Ley de Seguros.

PREMIO: Precio del seguro, a cuyo pago está obligado el Tomador o en su caso el Asegurado.

SUMA ASEGURADA: Importe establecido en la Póliza, que representa el límite máximo de indemnización.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas estén cubiertas por la Póliza y que obliga, a la Compañía a resarcir ese daño o cumplir con la prestación convenida en la misma. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un sólo siniestro.

DAÑOS CORPORALES: Muertes o lesiones sufridas por personas.

ACCIDENTES: 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.

PERDIDA TOTAL: Tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del/los órgano/s lesionado/s.

PERSONAS NO ASEGURABLES: El seguro no ampara a menores de 14 años y mayores de 65.

III. BASES DEL SEGURO.

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro sobre el riesgo a asegurar y que han determinado la aceptación del mismo por parte de la Compañía, dando lugar al cálculo del premio correspondiente.
Si el contenido de la póliza difiere de las declaraciones o propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
Si el Tomador del seguro, al formular las declaraciones o completar la propuesta, incurriera en reserva, declaraciones falsas o reticencia, de circunstancias por él conocidas y que pudieran influir en la valoración del riesgo se aplicarán las reglas siguientes:

a. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 -L. de S.).

b. Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 -L. de S.).

c. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 -L. de S.).

d. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 -L. de S.).

IV. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO.

a. RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones siempre que se estipulen en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en la póliza.
Salvo las limitaciones o exclusiones establecidas en este contrato, el seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en servicios de

transporte aéreo regular.
Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y waterpolo.
Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el apartado c), inciso 2; el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

b. AMPLIACION DEL RIESGO CUBIERTO.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

V. CONCURRENCIA DE INVALIDECES.

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

VI. AGRAVACION POR CONCAUSAS.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

VII. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Asegurado deberá notificar, sin dilación a cada Compañía los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, con indicación de la Compañía y la suma asegurada.
El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

VIII. AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO.

a. El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente, después de conocerlas (Art. 38 -L.

de S.).

b. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 -L. de S.). Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 -L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- Modificación de su profesión o actividad;
- Fijación de residencia fuera del país.

c. Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 -L. de S.). Cuando la agravación resulta de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía (Art. 40 L. de S.).

d. No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

e. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho de la Compañía:

- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima, proporcional al tiempo transcurrido.

- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso no mayor de un año (Art. 41 -L. de S.).

IX. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTES.

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía del acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Art. 46 y 47 -L. de S.).
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico-racional.
El Asegurado remitirá a la Compañía cada quince días certificaciones que actualicen el pronóstico de curación. Asimismo el Asegurado deberá someterse al exámen de los médicos del Asegurador cada vez que este lo solicite.
El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 -L. de S.), sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los Beneficiarios deberán presentar:

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- En caso de muerte, la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

- En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos.
Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.

X. RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO.

El Asegurado debe comunicar a la Compañía en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

XI. REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS.

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de la Compañía al respecto, en cuanto sea razonable (Art. 150 -L. de S.).

XII. DESIGNACION DEL BENEFICIARIO.

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Compañía después del evento previsto.
Designada varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá a las cuotas hereditarias.
Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145 y 146 -L. de S.).

XIII. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que este sea debidamente notificado.
Cuando la designación sea a título oneroso y la Compañía conozca dicha circunstancia, no admitirá el cambio de beneficiario.
La Compañía queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

XIV. VALUACION POR PERITOS.

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación al tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince días.
Si una de las partes omitiese designar médicos dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte mas diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud y Acción Social de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes será a su respectivo cargo y los del tercero será pagados por las partes cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 - L. de S.).

XV. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE LA COMPAÑIA.

El pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren en el punto XII, el que sea posterior.
Cuando la Compañía hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50 % de la prestación estimada por la Compañía.
A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.
En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.
En caso de viaje aéreo del Asegurado y si no se tuviera noticias del avión por un período no inferior a tres meses, la Compañía hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte.
Si apareciera el Asegurado o se tuviera noticias ciertas de él, la Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiera sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

XVI. CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

XVII. RESCISION UNILATERAL.

- Cualesquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días.Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

- Cuando el seguro rija de 12 a 12 horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario desde la hora veinticuatro.

- Si la Compañía ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo corrido.

- Si el Asegurado opta por la rescisión, la Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo

transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do. párrafo -L. de S.).

- En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por la invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

XVIII. DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES.

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 -L. de S.).

XIX. COMPUTO DE LOS PLAZOS.

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

XX. PRESCRIPCION Y JURISDICCION.

- Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el término de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 -L. de S.).

- Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

XXI. PAGO DEL PREMIO.

El premio es debido desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 -L. de S.).
En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de Cobranza del Premio autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los seguros por períodos que no excedan los 90 días el pago debe efectuarse al contado.

XXII. FACULTADES DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS.

El Productor Asesor de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta a la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;

- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

- Aceptar el pago del premio si se halla en la posesión de un recibo de la Compañía. La firma puede ser facsimilar (Art. 53 TT-L. de S.).

XXIII. SEGUROS EN MONEDA EXTRANJERA.

Los pagos de las obligaciones correspondientes tanto al Asegurado como al Asegurador, deberán efectuarse en la divisa estipulada, con sujeción a las normas legales y/o reglamentarias emanadas de autoridad del régimen cambiario y vigentes en el momento del pago.

CGE-AP CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS (ANEXO II)

De las siguientes cláusulas sólo son de aplicación las que se mencionan en las Condiciones Particulares.

CGE-AP 100 RIESGO DE MUERTE

Si el accidente causare la muerte, la Compañía abonará la suma prevista para este caso. Sin embargo la Compañía reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por ese u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.
La Compañía deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte. En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé a lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedan automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando la Compañía la totalidad de la prima.

CGE-AP 200 RIESGO DE INVALIDEZ PERMANENTE

a. Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, y si esta cobertura estuviese expresamente estipulada en la póliza, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en la póliza, que corresponde de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100

PARCIAL

1. Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión normal.	40

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Sordera total e incurable de un oído.		15
Ablación de la mandíbula inferior.		50
2. Miembros Superiores:	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo.	65	52
Pérdida total de una mano.	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudo-artrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15	12
Pérdida total del pulgar.	18	14
Pérdida total del índice.	14	11
Pérdida total del dedo medio.	9	7
Pérdida total del anular o el meñique.	8	6
3. Miembros inferiores:		
Pérdida total de una pierna.		55
Pérdida total de un pie.		40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).		35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).		30
Fractura no consolidada de una rótula.		30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).		20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.		40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.		20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.		30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.		15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.		8
Acortamiento de un miembro inferior de por menos de 5 cm.		15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.		8
Pérdida total del dedo gordo de un pié.		8

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Pérdida total de otro dedo del pié. 4

b. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70 % la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

c. La pérdida de la falange de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

d. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para la invalidez total permanente.

e. En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

f. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración anterior constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

g. Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

h. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA

La Compañía amplía su responsabilidad a cubrir hasta la suma prevista en la póliza el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.
La Compañía no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis en general.
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.
Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de una Compañía Aseguradora, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación de la Compañía y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
Con esta salvedad, en caso de siniestro la Compañía contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.
El Asegurado no puede pretender, en el conjunto, una indemnización que supere el monto del daño sufrido.
Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la indemnización para el caso de accidentes no producidos por el hecho o

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
Esta cobertura quedará suspendida automáticamente y sin necesidad de comunicación al cumplir el Asegurado la edad de 75 años inclusive.

CC-AP CLAUSULA DE COBRANZA (ANEXO IV)

ARTICULO 1º

El premio de este seguro, debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de vigencia o, si el Asegurador lo aceptase en las cuotas previstas en las Condiciones Particulares (expresadas en pesos o moneda extranjera) y en las fechas de vencimiento allí señaladas.
No obstante el período de cobertura que consta en el frente de póliza, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente al del pago total del premio.
En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la cero hora del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), el que no podrá ser inferior al total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato.
(Texto conforme Resolución Nº 21.600 del 3 de Marzo de 1992 dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación).
El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4º de la Resolución General Nº 21.523. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTICULO 2º

Vencido cualesquiera de los plazos de pago del premio indicado en las Condiciones Particulares sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de 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, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada precedentemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3º

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

ARTICULO 4º

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos suplementos de la póliza.

ARTICULO 5º

Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Contratante, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

ARTICULO 6º

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Contratante.

ARTICULO 7º

Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato o de otro que tuviera celebrado con el mismo Asegurado.

CE-AP CONDICIONES ESPECIALES (ANEXO III)

De las siguientes cláusulas indicadas a continuación sólo son de aplicación en el presente contrato de seguro las mencionadas en las Condiciones Particulares.

CE-AP CL2 CONTRATACION DE UN SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

I. PAGO DEL PREMIO: El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

II. INTERES ASEGURABLE: El presente seguro cubre los accidentes que sufran las personas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y por las prestaciones especificadas en las mismas, mientras permanezcan al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

III. BENEFICIARIOS: Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
-Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
-Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.

IV. PAGO DE LA INDEMNIZACION: Previa citación al Contratante, para que en el término de tres días invoque su

derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiario que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

V. RESPONSABILIDAD MAXIMA POR ACONTECIMIENTO: La suma indicada en la póliza como responsabilidad máxima por acontecimiento sería la máxima responsabilidad a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás asegurados individuales, superen dicho tope.

CE-AP CL5 AMPLIACION A MAYORES DE 65 AÑOS

Mediante el pago de la extraprima correspondiente, según el caso, la Compañía amplia su responsabilidad a cubrir al (los) mayor (es) de 65 años que se indican en la póliza, excluyendo de la misma la cobertura de Asistencia Médica una vez cumplidos los 70 años.

CE-AP CL11 USO DE MOTOS

Contrariamente a lo establecido en las exclusiones de cobertura (EX-AP) inciso 6 de las Condiciones Generales de la póliza, el presente seguro cubre también los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares.

CP-AP CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES

CP-AP CL14 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En los términos de la cláusula III de las Condiciones Generales Comunes, queda establecido que este contrato se celebra bajo la condición de que los Asegurados se encuentran afectados al riesgo declarado y establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y que dicha afectación durara por el periodo de vigencia del presente contrato, debiendo el Tomador y/o Asegurado denunciar cualquier modificación en la actividad declarada a la Aseguradora.
En caso de violación a esta convención, de acuerdo a lo establecido en el Art. 5 de la ley 17.418, en cuanto a reticencia, los Arts. 37 y 44 de la misma ley, en cuanto a agravación de riesgo y Art. 36 de la misma, en cuanto a la caducidad por incumplimiento de cargas, el contrato podrá ser anulado o rescindido respectivamente, con los efectos legalmente previstos.

CP-AP CL22 AMBITO LABORAL CON ITINERE

Solo quedan comprendidas en la cobertura, la o las personas designadas en la nómina que forma parte integrante de este seguro, conforme a la profesión declarada a la Compañía, incluyendo el Accidente "in itinere", hasta las sumas indicadas en estas Condiciones Particulares.
Queda establecido y convenido que, contrariamente a lo estipulado en el inciso a) de la cláusula 4 de las Condiciones Generales de la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en las Condiciones Particulares, únicamente en el caso que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún Accidente ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, siempre que dicho Accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, o causa originaria de los gastos de asistencia médico farmacéutica y que las consecuencias del Accidente se manifieste a mas tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
Además de las exclusiones previstas en el inciso c) del ítem IV del anexo I, la presente póliza no cubre los Accidentes resultantes del ejercicio de tareas de doma de animales.
Se entiende por in itinere el Accidente sufrido por el Asegurado en el trayecto directo e inmediato entre su lugar de trabajo y su domicilio, y viceversa, conforme al recorrido habitual denunciado en forma fehaciente por el mismo a la Compañía. La Compañía no pagara las prestaciones comprometidas en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado hubiera interrumpido o alterado el recorrido habitual por causas ajenas al trabajo.

CP-AP CL5 COBERTURA ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA

Ampliando lo dispuesto en la cláusula 400 de las Condiciones Generales Específicas: Cobertura de Asistencia Médico Farmacéutica por reintegro: queda por su exclusiva cuenta la elección del profesional o centro asistencial que lo asistirá por su cuenta y orden, limitándose Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a reembolsar, en caso de aceptación del reclamo, al Tomador, Asegurado o Beneficiario de la póliza, previa presentación de la documentación pertinente, el importe insumido hasta la suma asegurada indicada en el frente de póliza.
El Tomador, Asegurado o Beneficiario participara en cada siniestro con una franquicia a su cargo, por el importe indicado en el frente de la presente póliza.

CP-AP CL11 COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO PRESTACIONAL

Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. pone a disposición del Asegurado una red de prestadores médicos a los cuales podrá asistir a fin de requerir su atención, en caso de un evento cubierto. este servicio consiste, en la prestación de asistencia medica a cargo de la Compañía, en un centro asistencial prestador de la misma enunciado en el 0800-999-7424 o www.mapfre.com.ar/vidaonline/prestadores/ap.
En caso de aceptación del reclamo, esta cobertura será directamente abonada por la Aseguradora al prestador comprendido en dicha red, previa presentación de la documentación pertinente (Art. 46 ley de seguros N° 17.418). y hasta el importe de la suma máxima asegurada indicada en el frente de póliza.
No se aplicará franquicia alguna a cargo del tomador, asegurado o beneficiario del seguro.
Queda establecido que, en caso de que el Asegurado hubiera efectuado gastos comprendidos dentro de la cobertura adicional de asistencia médico farmacéutica, simultáneamente con la cobertura adicional de asistencia médico prestación, Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. reembolsara tanto al Tomador, Asegurados o Beneficiario de la póliza como al centro asistencial facilitado por la Compañía, los gastos efectivamente incurrido en conjunto hasta el limite máximo asegurado en concepto de cobertura adicional de asistencia medica prestación. Cabe aclarar que los gastos incurridos en el centro asistencial facilitado por la Compañía, tendrá preeminencia sobre los efectuado por el Asegurador, Tomador o Beneficiario, correspondientes a la cobertura adicional de cobertura asistencia médico farmacéutica.
Para cualquiera de las coberturas otorgadas por esta póliza, se deja constancia que la opción del Asegurado por un profesional o centro determinado corre por su exclusiva cuenta, se encuentre dentro o fuera del listado facilitado por Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A.
Se establece expresamente que todo evento excluido de la cobertura de este contrato a través de las

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Condiciones Particulares o Generales del mismo como así también por la ley N° 17.418, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna y por la sola ocurrencia del mismo, otorga a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. el derecho a iniciar toda acción de repetición contra el Tomador de la póliza, sus funcionarios o el protagonista del evento, fuere o no Asegurado del contrato o los Beneficiarios del mismo; con motivo, de las prestaciones dinerarias que haya abonado, durante el periodo de verificación del siniestro (Art. 49 ley N° 17.418) a los centros asistenciales nominados de Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., por sucesos sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Se cubren prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $400.000 (cuatrocientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
Se entiende por:

a)Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b)Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

Limitación: Cuando se trate de seguros contratados sobre personas en relación de dependencia con el Contratante, o respecto de los cuales éste se halle obligado según la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación, solo corresponderá la prestación para el caso de accidentes no producidos por el hecho o en ocasión del trabajo, ni ocurridos «in itinere», con la acepción que a este término le da la Ley 24.557, sus modificaciones y reglamentación.
CP-AP CL18 USO DE MOTO

1) Se encuentran excluidos de cobertura:

a) Las consecuencias de los accidentes ocurridos por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;
b) Los accidentes cuyas consecuencias se agraven por causa del incumplimiento del Asegurado de lo dispuesto

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

en la ley 24.449 (ley de transito), sujeto a las pautas que se mencionan en el apartado 2) de estas condiciones;

2) A los fines de la aplicación de esta exclusión de cobertura, la Aseguradora tendrá en cuenta las siguientes pautas contenidas en la ley 24.449 (ley de transito):

DEFINICIONES:
Ciclomotor: Motocicleta de hasta 50 cc de cilindrada y que no pueda exceder los 50 kilómetros por hora de velocidad.
Motocicleta: Todo vehículo de dos ruedas con motor a tracción propia de mas de 50 cc de cilindrada y que pueda desarrollar velocidades superiores a los 50 kilómetros por hora.

EDADES MINIMAS PARA CONDUCIR:
Para conducir vehículos en la vía publica se deben tener cumplidos los dieciseis años para ciclomotores, en tanto no lleven pasajero. Los menores de edad para solicitar licencia conforme al articulo 11 de la ley 24.449, deben ser autorizados por su representante legal, cuya retractación implica, para la autoridad de expedición de la habilitación la obligación de anular la licencia y disponer su secuestro si no hubiere sido devuelta.
Las autoridades jurisdiccionales pueden establecer en razón de fundadas características locales, excepciones a las edades mínimas para conducir, las que solo serán validas con relación al tipo de vehículo y a las zonas o vías que determinen en el ámbito de su jurisdicción.

CLASES DE LICENCIAS:
Las clases de licencias para conducir automotores son: clase a) para ciclomotores, motocicletas y triciclos motorizados. Cuando se trate de motocicletas de mas de 150 centímetros cúbicos de cilindrada, se debe haber tenido previamente por dos años habilitación para motos de menor potencia, excepto los mayores de 21 años.

CONDICIONES DE SEGURIDAD:
Los vehículos cumplirán las siguientes exigencias mínimas:
- Las motocicletas deben estar equipadas con casco antes de ser libradas a la circulación.

SISTEMAS DE ILUMINACION:
- Los automotores para personas y carga deben tener los siguientes sistemas y elementos de iluminación:
- Faros delanteros: La luz blanca o amarilla en no mas de dos pares, con alta y baja, esta de proyección asimétrica;
-Luces de posición: Que indican junto con las anteriores, dimensión y sentido de marcha desde los puntos de observación reglamentados: 1) Delanteras de color blanco o amarillo; 2) Traseras de color rojo; 3) Laterales de color amarillo a cada costado, en los cuales por su largo las exija la reglamentación; 4) Indicadores diferenciales de color blanco, en los vehículos en los cuales por su ancho los exija la reglamentación;
- Luces de giro: Intermitentes de color amarillo, delante y atrás. en los vehículos que indique la reglamentación llevaran otras a los costados;
- Luces de freno traseras: de color rojo, encenderán al accionarse el mando de frenos antes de actuar este;
- Luz para la patente trasera
- Luces intermitentes de emergencia, que incluye a todos los indicadores de giro.

REQUISITOS PARA CIRCULAR:
Para poder circular con automotor es indispensable:
a) Que tratandose de una motocicleta, sus ocupantes lleven puestos cascos normalizados, y si la misma no

tiene parabrisas, su conductor use anteojos;

PROHIBICIONES:
Queda prohibido conducir con impedimentos físicos o psíquicos, sin la licencia especial correspondiente habiendo consumido estupefacientes o medicamentos que disminuyan la aptitud para conducir. Para quienes conduzcan motocicletas o ciclomotores queda prohibido hacerlo con una alcoholemia a 200 miligramos por litro de sangre.(1) A los menores de 18 años, conducir ciclomotores en zonas centricas, de gran concentración de vehículos o vías rápidas.
A los conductores de ciclomotores, circular asidos de otros vehículos o enfilados inmediatamente tras otros automotores;

VELOCIDAD MAXIMA
Los limites máximos de velocidad son:
En zona urbana:
1) En calles: 40 km/h;
2) En avenidas: 60 km/h;
3) En vías con sectorización coordinada y solo para motocicletas y automóviles: la velocidad de coordinación de los semáforos;
En zona rural:
1) Para motocicletas, automóviles y camionetas, 110 km/h;
En semiautopistas:
Los mismos limites que en zona rural para los distintos tipos de vehículos, salvo el de 120 km/h para motocicletas y automóviles;
En autopistas:
Para motocicletas y automóviles podrán llegar hasta 130 km/h;
Limites máximos especiales: 1) En las encrucijadas urbanas sin semáforos: la velocidad precautoria, nunca superior a 30 km/h; 2) En los pasos a nivel sin barrera ni semáforos: la velocidad precautoria no superior a 20 km/h y después de asegurarse el conductor que no viene un tren; 3) En proximidad de establecimientos escolares, deportivos y de gran influencia de personas: Velocidad precautoria no mayor a 20 km/h, durante su funcionamiento; en rutas que atraviesen zonas urbanas: 60 km/h, salvo señalización en contrario.

(1) Se aclara que en el decreto 779/95 (reglamentario de la ley 24.449) se establece: en el caso de ingesta de alcohol, no se podrá conducir con mas de medio gramo (0.5g) por litro de sangre.

CP-AP CL19 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo estipulado en la cláusula 11 de las Condiciones Especiales, se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 125 cc y vehículos similares, siempre y cuando los mismos hayan ocurrido en ocasión de trasladarse desde el domicilio del Asegurado hasta su lugar de trabajo y viceversa. En todos los demás supuestos, continua vigente la exclusión de cobertura indicada en el punto 6) de las Exclusiones de Cobertura.

CP-AP CL32 CILINDRADA MOTO

Ampliando lo establecido en la cláusula CP-AP CL19 se cubrirán los Accidentes derivados del uso de motocicletas hasta 250 cc.

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACION

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 69 (sesenta y nueve) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: 70 (setenta) años de edad.

A partir de los 65 (sesenta y cinco) años de edad la cobertura comprende solo el riesgo de muerte por accidente.

CP-AP CL9 TEXTO ALTURA 15 METROS

Se deja expresa constancia, que quedan excluidos de cobertura las caídas de distinto nivel (en altura). En tal sentido, se entenderá por caída de distinto nivel a toda caída producida desde un nivel cuya diferencia de cota sea igual o mayor a 15 mts (quince metros), respecto del plano horizontal inferior mas próximo (aun cuando presente algún grado de inclinación); cualesquiera fueren sus causas o circunstancias y aunque hubieren ocurrido con motivo o en ocasión del trabajo y se hubieren observado las medidas de seguridad pertinentes.
A modo ejemplificativo y en forma no taxativa, están excluidas de cobertura las consecuencias de los accidentes que sean caídas de plataformas, andamios, balcones, torres, postes, instalaciones, edificios, techos, escaleras, sogas, dispositivos de izamiento, ascensores, montacargas, planchas, andariveles, estructuras fijas o móviles, puentes, grúas u otras maquinarias y que superen la altura antes indicada.

CP-AP CL13 LÍMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

Ampliando el punto III de la cláusula 1 de las Condiciones Especiales, se establece que el límite máximo establecido para pólizas colectivas es de $ 60.000.000 (sesenta millones), en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás Asegurados Individuales que superen dicho tope.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CT 30500530851 CEMENTOS AVELLANEDA SA
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

CP-AP CL35 EXTENSION EDADES

Contrariamente a lo establecido en CP-AP CL1 EDADES DE CONTRATACIÓN, se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a aquellas personas que cumplan con los requisitos que se detallan a continuación:

- Edad mínima de ingreso: 14 (catorce) años de edad;
- Edad máxima de ingreso: 74 (setenta y cuatro) años de edad;
- Edad máxima de permanencia: La cobertura caducará al cumplir el asegurado los 75 (setenta y cinco) años de edad.

Las edades detalladas serán de aplicación para todas las coberturas de la presente póliza.

CP-AP CL36 AMPLICACIÓN DE COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO FARMACEÚTICA: PRÓTESIS Y ÓRTESIS

Contrariamente a lo estipulado en CGE-AP 400 COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA, la Compañía reembolsará los gastos de prótesis y ortésis originados en un accidente cubierto y hasta el límite de $200.000 (doscientos mil pesos).
No se cubrirán las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse, ni las prótesis con fines estéticos.
No se cubrirán las prótesis miogénicas o bioeléctricas.
La suma de los importes abonados por gastos de asistencia médico farmacéutica incluyendo los gastos de prótesis y ortésis no podrán superar el límite establecido en las condiciones particulares para Asistencia médico farmacéutica.
Se entiende por:
a) Prótesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al aseguradoÿ por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio) y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Materiales de osteosintesis
g- Prótesis Bucodentales

b) Órtesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro-musculoesquelético del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al asegurado por Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado (se entiende por ello, todos los gastos en los que incurra el Asegurado por sobre el Plan Médico Obligatorio).

SECCION: ACCIDENTES PERSONALES — POLIZA: 218-02153578-06
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CT 30526047792 CEMENTOS AVELLANEDA SA
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

CP-AP CL30 HORA - EMISION, VIGENCIA AL DIA SIGUIENTE

Contrariamente a lo especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato, indicado en el frente de póliza, el inicio de la vigencia de la cobertura es a partir de la hora 0 (cero) del día que se indica como inicio de la misma.

CP-AP CL28 CLAUSULA NO REPETICION

Mapfre Argentina Vida Cia. de Seguros de Vida S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
sus funcionarios empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerar ias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por Accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasiones del trabajo.

CP-AP CL33 CLAUSULA BENEFICIARIO PREFERENTE

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como Beneficiario Preferente de las coberturas de Muerte e Invalidez Permanente a:
CEMENTOS AVELLANEDA SA CUIT 30526047792
Dicha designación se encuentra condicionada a que el Asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él o sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil.
De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador.
De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomado r con los alcances establecidos en las condiciones especiales, Cláusula 2, ítem III.
Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales .

MAPFRE

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: 901-029830-8 C.M.
C.U.I.T.: 33-70089372-9

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
RENUEVA POLIZA 204080412
CERTIFICADO NRO.: 000001

POLIZA N°:	218-02153578-06
SUPLEMENTO N°:	0
EMISION:	16/08/2024

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
18/09/2024	18/09/2025

MATRICULA PAS: 74034

CUIP: 06992010010000000000000000215357812000000000000020183358171 7-10000074034000000000000018

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706

OF. COMERCIAL :CHICLANA 395 ,() BAHIA BLANCA Te:02914555225 Fax:14555225

CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicadada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: GARCES HERNAN HECTOR
C.U.I.T. 20-18335817-1
IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Velez Sarsfield 4238
REF.: 012/2153578/000 W
OBSERVACIONES:
C.P.: 7400
LOCALIDAD: Olavarria-Buenos Aires
TEL.: 02284 424663

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

DESCRIPCION.....: AP ASISTENCIAL
ITEM.....:1

ASEGURADO.....:GARCES HERNAN HECTOR
DOCUMENTO.....:DU - 18335817
FEC. NACIMIENTO.....:31/05/1967
DOMICILIO.....:Velez Sarsfield 4238,(7400) Olavarria-Buenos Aires

BENEFICIARIOS:

TOMADOR CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
MUERTE E INCAPACIDAD	$ 30.000.000,00	CGE-AP 100
		CGE-AP 200
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$ 2.000.000,00	CGE-AP 400
		CP-AP CL5
ASISTENCIA PRESTACIONAL	$ 8.000.000,00	CP-AP CL11

Aclaraciones de las coberturas:

Cobertura	Referencias
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	FCIA.ASIST.MEDICA/FARM. $2000

R17512

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

Comunicación al Asegurado:

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportúnamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 113.893.

MAPFRE Argentina
Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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 MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0800-999-7424

Resolución del Ministerio de Economía Nro.407/01 del 29/08/01 y del 11/05/2001 y Resolución N° 28.268 SSN del 26/6/2001

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros, endosos y facturaciones ***emitidos a partir del 1/7/2001***

Advertencias a Asegurados, Tomadores y Asegurables:

Artículo 1ro (Según Resolución M.E.N° 407/01):

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 Nº 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 de alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Artículo 2do (Según Resolución M.E.N° 407/01):

Los productores asesores de seguros Ley Nº22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Articulo 1º de la presente resolución.

Artículo 3ro (Resolución N° 28.268):

No están sujetos al régimen de la presente Resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguro:
a) Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
b) Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley Nº 24.241.
c) Celebrados en el marco de la Ley Nº 24.557.

Nómina de los medios habilitados en los términos del Artículo 1ro:

En la página siguiente encontrará la nómina de los medios habilitados *a la fecha* para el pago de su póliza, pudiendo consultar permanentemente la nómina actualizada a través de los siguientes canales:

- Su Productor Asesor de Seguros
- Nuestro sitio en Internet: **www.mapfre.com.ar**
- **SI24 (Servicio integral 24 hs.) 0800-999-SI24 (7424)**
- La Oficina Comercial de su zona.

R1.1

Usted elige la forma de hacer el pago de su seguro...
Nómina de los medios habilitados

Débito automático en:

- **Tarjeta de Crédito:**

American Express, Diners, Visa, Cabal, Mastercard, Tarjeta Naranja, Tarjeta Nevada, Tarjeta Nativa.

- **Débito en cuenta corriente o caja de ahorro en cualquier banco adherido a Coelsa.**

Podrá adherirse a estas modalidades de pago llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente 0800.999.7424 y completando el respectivo formulario de adhesión.

Ventajas del pago por débito automático:

- Su seguro lo abona en mayor cantidad de cuotas.
- El Asegurado no debe ser necesariamente el Titular de la Tarjeta , basta que El Titular dé su consentimiento por escrito.
- El resumen de cuenta / extracto bancario opera como comprobante de pago.
- No necesita ocuparse más de ir a pagar cada factura, su única "molestia" es adherirse y mantener saldos suficientes en su cuenta.
- Se acabaron las colas para pagar.
- Ahorro de tiempo y comodidad.
- Seguridad, al no tener que trasladarse con efectivo.

A quienes aun no han optado por el débito automático, les ofrecemos las siguientes alternativas:

- Pago Fácil
- Rapipago
- Rapipago por teléfono, llamando al número 0810.345.7274 .

- Pago a través de cajeros automáticos de la Red Banelco o en Internet en www.pagomiscuentas.com.ar

---

Advertencia al Asegurado/Tomador: Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas.

SI24 0800-999-SI24 (7424) las 24 hs, los 365 días del año.

R1.1

MAPFRE

TARJETA DE ASISTENCIA

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.

SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS

ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIAL

MAPFRE

INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EL AMBITO LABORAL

0800-999-7424

Nombre:	**GARCES HERNAN HECTOR**
Documento:	**DU 18335817**
Póliza N°:	**215357812**

El asegurado tiene a su disposición el servicio de asistencia médico farmacéutica y de traslado de emergencia, hasta el tope anual informado en la póliza. El servicio de traslado de emergencia consiste solo en el transporte en ambulancia a aquel lugar donde el asegurado decida ser atendido, eligiendo éste por su cuenta el profesional y/o tratamiento a seguir.

- En caso de urgencia diríjase al centro médico más próximo aunque no pertenezca a nuestra red y llámenos.
- Es necesario y de máxima importancia portar esta credencial en todo momento.

Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

R14055

CONSTANCIA DE COBERTURA

CUIP: 0699201001000000000000000002153578120000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

Constancia Nro.: 5360678

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

Póliza N° : 2180215357806 Vigencia desde el 18/09/2024 hasta el 18/09/2025.

Tomador:	GARCES, HERNAN HECTOR
CUIT/CUIL/DU:	20183358171
Plan:	AP ASISTENCIAL - 30.000.000 - IN ITINERE
Moneda de la póliza:	PESOS
Vidas vigentes:	1
Coberturas:	ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $2,000,000
	MUERTE E INCAPACIDAD - $30,000,000
	ASISTENCIA PRESTACIONAL - $8,000,000
Franquicia AMF:	$2000
Límite de altura:	15 METROS

NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO

Documento	Apellido y Nombre
DU 32643676	CITATI RODOLFO
DU 20063163	GOMEZ FABIAN RICARDO

Cantidad Total de Asegurados: 2

Se deja constancia que, las coberturas caducarán a partir del momento en que el asegurado cumpla la edad de 75 años.

Cláusula de No Repetición

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT 30500003193 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

Endoso de Beneficiario Preferente

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a BANCO BBVA ARGENTINA SA - CUIT/DNI 30500003193. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

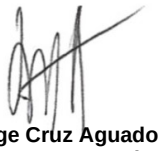
La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 13/08/2025, para ser presentada ante quien corresponda.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

CUIP: 06992010010000000000000000021535781200000000000000201833581717-10000074034000000000000000018

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
(Art. 5º, primer párrafo, de la Ley de Seguros Nº 17.418)

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

"LA SEGUNDA" Compañia de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

Información del riesgo

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

Clausula de no repetición: Clausula Adicional N° 66

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas: CGC, CGE2
Cláusulas Adicionales: CA50, CA46B, CA1, CA2, CA66
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	230.688,55	**Imp. y Tasas:**	2.714,45	**(*) IVA s/R. Financ.:**	3.376,59
Recargo Financiero:	16.078,99	**IVA 21%:**	48.444,60		
T.E.A.:	24.20	**IVA 0%:**	0,00		
Subtotal:	246.767,54	**Sell. pcial.:**	3.615,64	**Premio final:**	304.918,82
Impuestos Internos:	0,00	**Perc. I/B:**	0,00	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 8909

Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70

Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Como actuar en caso de siniestros

Si tenés un seguro de Accidentes Personales, seguí estos pasos:

1) ¿Cómo hacer la denuncia?

Tenés disponible un servicio de atención preferencial, las **24 horas, los 365 días del año,** donde personal especializado te va a guiar desde el primer momento.

Centro de contacto
0800-444-2782

Además, podes recibir atención presencial en:

Agencias de La Segunda

Centros de atención al cliente La Segunda

2) Documentación necesaria

Si tuviste un siniestro necesitás contar con la siguiente información para poder hacer el trámite:

Asistencia médica farmacéutica
Si necesitás solicitar el reembolso de gastos médicos, además tenés que presentar:

- Factura y/o ticket con validez fiscal a tu nombre.
- Pedido del profesional tratante con fecha, diagnóstico, firma y sello.
- Práctica médica realizada.
- Documentación respaldatoria.

Incapacidad total y parcial permanente | Renta diaria:

- Alta médica.
- Historia clínica que acredite el tratamiento hasta el alta médica.

Fallecimiento por accidente
En caso de fallecimiento por accidente, es necesario contar con:

- Certificado de defunción.
- Denuncia policial.
- Historia clínica (si tuvo atención médica antes del fallecimiento).
- Declaración de herederos (en caso de no contar con beneficiarios informados).

Importante:

Podés presentar la documentación de forma presencial en nuestras agencias o centros de atención.

No se aceptan solicitudes de reembolsopor teléfono.

Si tenés otras consultas, estamos para ayudarte.
Contactanos por nuestros canales de atención.

Gestioná desde La Segunda Seguros App

3413019055 Sólo mensajes de texto

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.
C.U.I.T 30552362655 PERREN Y CIA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MAXIMO LAUTARO CASTRO
D.N.I. 41220143
Fecha de nac.: 25/07/1998

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	3	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

SERGIO ANDRES MUÑOZ
D.N.I. 34337018
Fecha de nac.: 20/09/1988

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.61

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	2	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

FERNANDO OSCAR PANAK
D.N.I. 16421046
Fecha de nac.: 04/08/1963

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

ARCA

AGENCIA DE RECAUDACION Y CONTROL ADUANERO

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

PANAK FERNANDO OSCAR CUIT: ***20-16421046-5***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

GANANCIAS PERSONAS FISICAS	07-2022
REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T3 Cat I Ingresos hasta $25.000	07-2022
IVA	07-2022

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.
Exclusión de pleno derecho RG 4309.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: *432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.* Mes de inicio: *11/2013*

Secundaria(s):

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - ARCA

CONDARCO 1232
TRELEW
9100-CHUBUT

Vigencia de la presente constancia: ***03-02-2025*** a ***05-03-2025*** Hora **12:10:39** Verificador **109184612737**

ARCA ARCA ARCA ARCA ARCA

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA http://www.arca.gob.ar.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

"LA SEGUNDA" Compañia de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

Información del riesgo

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

Clausula de no repetición: Clausula Adicional N° 66

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas: CGC, CGE2
Cláusulas Adicionales: CA50, CA46B, CA1, CA2, CA66
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	230.688,55	**Imp. y Tasas:**	2.714,45	**(*) IVA s/R. Financ.:**	3.376,59
Recargo Financiero:	16.078,99	**IVA 21%:**	48.444,60		
T.E.A.:	24.20	**IVA 0%:**	0,00		
Subtotal:	246.767,54	**Sell. pcial.:**	3.615,64	**Premio final:**	304.918,82
Impuestos Internos:	0,00	**Perc. I/B:**	0,00	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 8909

Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70

Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Como actuar en caso de siniestros

Si tenés un seguro de Accidentes Personales, seguí estos pasos:

1) ¿Cómo hacer la denuncia?

Tenés disponible un servicio de atención preferencial, las **24 horas, los 365 días del año,** donde personal especializado te va a guiar desde el primer momento.

Centro de contacto
0800-444-2782

Además, podes recibir atención presencial en:

Agencias de La Segunda

Centros de atención al cliente La Segunda

2) Documentación necesaria

Si tuviste un siniestro necesitás contar con la siguiente información para poder hacer el trámite:

Asistencia médica farmacéutica
Si necesitás solicitar el reembolso de gastos médicos, además tenés que presentar:

- Factura y/o ticket con validez fiscal a tu nombre.
- Pedido del profesional tratante con fecha, diagnóstico, firma y sello.
- Práctica médica realizada.
- Documentación respaldatoria.

Incapacidad total y parcial permanente | Renta diaria:

- Alta médica.
- Historia clínica que acredite el tratamiento hasta el alta médica.

Fallecimiento por accidente
En caso de fallecimiento por accidente, es necesario contar con:

- Certificado de defunción.
- Denuncia policial.
- Historia clínica (si tuvo atención médica antes del fallecimiento).
- Declaración de herederos (en caso de no contar con beneficiarios informados).

Importante:

Podés presentar la documentación de forma presencial en nuestras agencias o centros de atención.

No se aceptan solicitudes de reembolsopor teléfono.

Si tenés otras consultas, estamos para ayudarte.
Contactanos por nuestros canales de atención.

Gestioná desde La Segunda Seguros App

3413019055 Sólo mensajes de texto

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	Emisión de póliza	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 20164210465
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.
C.U.I.T 30552362655 PERREN Y CIA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MAXIMO LAUTARO CASTRO
D.N.I. 41220143
Fecha de nac.: 25/07/1998

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	3	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

SERGIO ANDRES MUÑOZ
D.N.I. 34337018
Fecha de nac.: 20/09/1988

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.61

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 07 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060391144-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.391.144	12h del 07/08/2025	12h del 07/02/2026	2	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Fernando Oscar Panak
Condarco 1232
9100 - Trelew (Chb)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L
Cond. de IVA: Consumidor Final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

FERNANDO OSCAR PANAK
D.N.I. 16421046
Fecha de nac.: 04/08/1963

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 28,900,000.00
Invalidez	CE2	$ 28,900,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 10,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Operadores de grúas, de aparatos elevadores y afines

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 101639.6

Agencia: 8909
Fells, Juan Jose
Inmigrantes 260
9100 - Trelew (Chb)
Matrícula: 39737
Mail: jfells@lasegunda.com.ar
Teléfono: 2804437687

Zona: 70
Zona Comodoro Rivadavia
Avda. H. Yrigoyen 2778
9000 - Comodoro Rivadavia (Chb)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

ARCA

AGENCIA DE RECAUDACION Y CONTROL ADUANERO

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

PANAK FERNANDO OSCAR CUIT: ***20-16421046-5***

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

GANANCIAS PERSONAS FISICAS	07-2022
REG. TRAB. AUTONOMO Categoria T3 Cat I Ingresos hasta $25.000	07-2022
IVA	07-2022

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.
Exclusión de pleno derecho RG 4309.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: *432190 (F-883) INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.* Mes de inicio: *11/2013*

Secundaria(s):

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - ARCA

CONDARCO 1232
TRELEW
9100-CHUBUT

Vigencia de la presente constancia: ***03-02-2025*** a ***05-03-2025*** Hora **12:10:39** Verificador **109184612737**

ARCA ARCA ARCA ARCA ARCA

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA http://www.arca.gob.ar.

oliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda
PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 06 días del mes de agosto del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060378044-000001

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.378.044	12h del 06/08/2025	12h del 15/01/2026	Cambio de póliza	001	-	162 días	5 Cuotas

Información del tomador

Ruben Oscar Arevalo
Avenida Larramendi 1421
3100 - Parana (Er)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T 23146839029
Cond. de IVA: Resp. Monotributo
Ing. Brutos: Contribuyente Local
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30500003193 BANCO BBVA ARGENTINA S.A.

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 4183
Vicoer Ltda.coop.de Vivienda Consumo Y Serv.soc.
Libertad 602
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 201
Mail: vicoer@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3434317079

Zona: 42
Zona Parana
Gualeguychu 880
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

Póliza de seguro de accidentes personales - colectivo - estándar

la segunda
PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 04 días del mes de julio del 2025

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Lineas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060378044-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.378.044	12h del 15/07/2025	12h del 15/01/2026	1	000	-	184 días	5 Cuotas

Información del tomador

Ruben Oscar Arevalo
Avenida Larramendi 1421
3100 - Parana (Er)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T
Cond. de IVA: Resp. Monotributo
Ing. Brutos: Contribuyente
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

RUBEN OSCAR AREVALO
D.N.I. 14683902
Fecha de nac.: 18/06/1961

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

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 44,450,000.00
Invalidez	CE2	$ 44,450,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 11,160,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1.000.000,00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Montadores industriales de estructuras metálicas, antenas, maquinarias.

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 148458.86

Agencia: 4183
Vicoer Ltda.coop.de Vivienda Consumo Y Serv.soc.
Libertad 602
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 201
Mail: vicoer@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3434317079

Zona: 42
Zona Parana
Gualeguychu 880
3100 - Parana (Er)
Matrícula: 0

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

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (Int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

Constancia de Aseguramiento con nómina de Personal

Nro de Operación 6718331

Contrato de afiliación: Nro. 264898
Asegurado: AREVALO RUBEN OSCAR
Nro. CUIT: 23146839029
Nro. PD: 4533906

Certificamos que, sobre la base del contrato de afiliación suscripto con el solicitante, esta aseguradora ampara a la firma **AREVALO RUBEN OSCAR** con domicilio en **F ARIA DE LARRAMENDI 1421 0** de la localidad de **PARANA-E R** rigiendo lo normado por la Ley de Riesgos del Trabajo Nro. 24.557 y sus Reglamentaciones; así como también las disposiciones generales del contrato y las Condiciones Particulares integrantes del mismo.

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/12/2024 **Hasta el:** 30/11/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 06/08/2025 10:23:37

Agencia: 4183 - VICOER LTDA.COOP.DE VIVIENDA CONSUMO Y S
Localidad: PARANA-E R

Personal Asegurado:

Tipo	Nro.	Beneficiario
CUIL	20-32298816-9	GIMENEZ JOSE LUIS
CUIL	20-40168211-3	GAUNA SANTIAGO JULIAN
CUIL	23-31521851-9	LUPI FRANCISCO SEBASTIAN

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que regula inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

cláusula de no repetición

Nro de Operación 6718342

Contrato de afiliación: Nro. 264898
Asegurado: AREVALO RUBEN OSCAR
Nro. CUIT: 23146839029
Nro. PD: 4533906

Consta por la presente que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra la/s empresa/s o persona/s que se mencionan más abajo, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39 apartado 5, de la ley N° 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex-dependiente del Asegurado amparados por la cobertura del Contrato de afiliación, por accidente de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta cláusula de no repetición cesará en sus efectos si la/s empresa/s o persona/s mencionadas, a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587, su Decreto Reglamentario N° 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, las Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Consta asimismo que La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. se obliga a comunicar a la/s empresa/s o persona/s mencionadas en forma fehaciente, los incumplimientos al contrato en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término del mismo, dentro de los trece (13) días verificados.

EMPRESA/S O PERSONA/S A FAVOR DE LA/S CUAL/S SE EMITE LA PRESENTE:

BANCO BBVA ARGENTINA S.A. - CUIT: 30-50000319-3

Vigencia del contrato:
Desde el: 01/12/2024 **Hasta el:** 30/11/2025
Tareas amparadas: Según C.I.I.U. Nro. 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

A sus efectos se extiende la presente constancia de aseguramiento en la ciudad de Rosario, el día 06/08/2025 10:28:22

Agencia: 4183 - VICOER LTDA.COOP.DE VIVIENDA CONSUMO Y S
Localidad: PARANA-E R

ORIGINAL

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

GUILLERMO MENEGUZZI
GERENTE

Asimismo, el presente certificado es complementario a la implementación por parte de la empresa de las normas que inscripción y registración laboral y de la seguridad social de sus dependientes.

Santander

Comprobante de Pago

Empresa	ARCA VEP
Identificador	231468390291468 3902
Importe	$214.116,62
Medio de Pago	CTA $ 192-490196/5
Factura	00148105881825070000
Nro. VEP	001481058818
CUIT/CUIL	23-14683902-9
Período	07/25
Anticipo/Cuota	000
Nro de Comprobante	17055745
Nro de Control	2310

Datos de la operación

Fecha	02/07/2025
Hora	17:00:08

Pago realizado a través de PagoMisCuentas.com

CONSERVÁ ESTE TICKET COMO COMPROBANTE S.E.U.O.

Podés consultar e imprimir este comprobante desde Online Banking personas, ingresando en el módulo Pagos y Transferencias.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 23-14683902-9
AREVALO RUBEN OSCAR
LARRAMENDI 1421
PARANA
3100-ENTRE RIOS

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

G

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

5048 - REG. SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS ENTRE RIOS

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

5049 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCIÓN MUNICIPAL PCIA ENTRE RIOS - PARANÁ

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2024

ACTIVIDAD: F883 - 960990 - SERVICIOS PERSONALES N.C.P.
F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **06-08-2025 a 05-09-2025**

Hora **09:11:41** Verificador **200168180017**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**.

ARCA

CONSTANCIA DE OPCIÓN

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: 20-27707023-6
SANZ ROGELIO EDUARDO
RIVADAVIA OESTE 1940 - BARRIO : 22 DE DICIEMBRE
CHIMBAS
5413-SAN JUAN

020 - MONOTRIBUTO

CATEGORÍA

B

LOCACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

5556 - REGIMEN SIMPLIFICADO IMPUESTO SOBRE INGRESOS BRUTOS SAN JUAN

AC

(PRESENTACIÓN ESPONTÁNEA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

5557 - REGIMEN SIMPLIFICADO CONTRIBUCION MUNICIPAL PCIA SAN JUAN - CHIMBAS

NA

(JURISDICCIÓN NO ADHERIDA)

FECHA DE INICIO: 01-11-2021

ACTIVIDAD: F883 - 432190 - INSTALACIÓN, EJECUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, ELECTROMECÁNICAS Y ELECTRÓNICAS N.C.P.
F883 - 432200 - INSTALACIONES DE GAS, AGUA, SANITARIOS Y DE CLIMATIZACIÓN, CON SUS ARTEFACTOS CONEXOS
F883 - 432910 - INSTALACIONES DE ASCENSORES, MONTACARGAS Y ESCALERAS MECÁNICAS

Vigencia de la presente constancia: **03-08-2025 a 02-09-2025**

Hora **14:10:35** Verificador **205298671089**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de ARCA **http://www.arca.gob.ar**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP (**http://www.afip.gob.ar**).

mercado pago

Comprobante de pago
#120957570010

Pagaste a

San Cristóbal Seguros

Total pagado

$ 12.981,00

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 12.981,00
Total pagado	$ 12.981,00

Código de barras
01920706300333520000012981002508 1105

Número de transacción
73833465

Pagador	Fecha de pago
Yanina Griselda	04/08/2025 10:51:23

Si bien se respetará la fecha de pago emitida en este comprobante, la empresa puede demorar hasta 48 horas hábiles en verlo reflejado. Encontrá más información en la sección Ayuda de Cuentas y servicios.

Si necesitás contactarte con Pago Fácil para realizar alguna consulta sobre tu pago, llamá al 0800-444-3224 o ingresá en www.pagofacil.com.ar.

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL *** Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As. Comprobante de pago de: San Cristobal Seguros Italia 646 - Rosario N CUIT 34-50004533-9 7668 L26002 04/08/2025 10:51:25 070630033352 POLIZA N 192-07-06-30033352-00 Sucursal N 000 1A597DD1 ADP $$$$$$$$12981,00 ESTA FIRMA ELECTRONICA ES VALIDA SI TODOS LOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DEL COMPROBANTE ORIGINAL. 01920706300333520000012981002508 1105

Con el apoyo de

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

San Cristóbal Seguros

Información de Póliza

TOMADOR **SANZ ROGELIO EDUARDO**	RAMO **Accidentes personales**	LUGAR Y FECHA EMISIÓN **Mendoza, 04/08/2025**	N° SOCIO **07-08076790**
DIRECCIÓN **- -**	SUBRAMO **AP Colectivo**	VIGENCIA DESDE **00HS DEL 04/08/2025**	D.N.I. **27707023**
LOCALIDAD - PROVINCIA **5413 - CHIMBAS SAN JUAN**	N° PÓLIZA / N° FACTURA **01-07-06-30033352** ENDOSO **0**	VIGENCIA HASTA **00HS DEL 04/02/2026**	COND. IVA **Monotributo**
	CONCEPTO **Emisión**		CLAVE LINK/BANELCO **0708076790**

Condiciones Particulares

AP Abiertos

Ámbito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere
Cantidad inicial de asegurados: 1
Edad mínima de ingreso: 18
Edad máxima de ingreso: 69
Edad máxima de permanencia cobertura básica: 75
Edad máxima de permanencia coberturas adicionales: 65
SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN EL LISTADO DE ASEGURADOS

Costos del Seguro

PRIMA	REC. FINANCIERO	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	I.V.A. R.G. 3337
$50.038,50	$7.355,66	$57.394,16	$12.052,77	$0,00

PERC. IB. TOTAL*	IMPUESTOS / TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC. TSeH LA PLATA
$0,00	$632,22	$2.800,00	$5.003,85	$0,00

Premio **$77.883,00**

Cuotas / Medio de Pago

MEDIO DE PAGO
Efectivo

CANTIDAD DE CUOTAS
6

ENTIDAD DE COBRO
Efectivo

CUOTA	MONTO	VENCIMIENTO
1	$12.981,00	11/08/2025
2	$12.981,00	11/09/2025
3	$12.981,00	11/10/2025
4	$12.981,00	11/11/2025
5	$12.981,00	11/12/2025
6	$12.978,00	11/01/2026

Recordá que ante cualquier duda podes consultar a tu Productor, como así también que toda la documentación que conforma el contrato, se encuentra a disposición en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) y en la APP de San Cristóbal Seguros (Disponible para Android y IOS).

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por EX-2019-78207953- -APN-GTYN#SSN.Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

PRODUCTOR
07-900101 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES MATRICULA **0000**

ORGANIZADOR
07-900001 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES



Diego Guaita
Gerente General

Verifique aquí los principales datos de su póliza

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
SANZ ROGELIO EDUARDO	**07-08076790**	**Accidentes personales**	**01-07-06-30033352**	**0**

Detalle de Coberturas

Coberturas

Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

Muerte accidental
Capital Asegurado — **$28.900.000**

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente
Capital Asegurado — **$28.900.000**

Reembolso de Gastos Médicos
Capital Asegurado — **$3.000.000**

Adicional Uso de Motos

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-50000845-4 Banco Santander Rio Sa;30-50000319-3 Banco Bbva Argentina Sa
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

90 - AP2000 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8040 - AP8140 - AP8160 - AP8180

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenvio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
SANZ ROGELIO EDUARDO	**07-08076790**	**Accidentes personales**	**01-07-06-30033352**	**0**

N° DE INSCRIPCIÓN DE SAN CRISTÓBAL S.M.S.G.

Clave única de Identificación Tributaria: 34-50004533-9

Impuesto sobre los Ingresos Brutos: Convenio Mult. N° 34500045339-921

IVA. Resp. Inscripto (incluido en la R.G. N° 18/97 - AFIP)
Agente de Percepción Prov. Bs. As: 000-65-0808-1
Agente de Percepción Capital Federal 01097/6
Agente de Percepción Misiones 34500045339

Impuesto de sellos:

Buenos Aires	**000-84-0116-1**	Corrientes	**Inscripto sin N°**	Mendoza	**101**	San luis	**16-S**
Capital Federal	**34-50004533-0**	Entre Ríos	**154**	Misiones	**165**	Santa Cruz	**--**
Catamarca	**S-33**	Formosa	**R-40005**	Neuquén	**167**	Santa Fe	**202-000020-8**
Chaco	**34-50004533-9**	Jujuy	**S-5-1033**	Río Negro	**143**	Sgo. del Estero	**Inscripto sin N°**
Chubut	**154**	La Pampa	**30457**	Salta	**1166**	Tierra del Fuego	**--**
Córdoba	**4-00-0006-1**	La Rioja	**R-0145**	San Juan	**1818**	Tucumán	**Inscripto sin N°**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:
- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

ART R 3 0 9 0 0 N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A - CUIT: 30-50000319-3, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 25 días de Septiembre de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 25-09-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
DE LUCA ROXANA BEATRIZ	27221859931			
MOSCILLO SUSANA MONICA	27185508817			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

ART R 3 0 9 0 0 N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A - CUIT: 30-50000319-3, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 25 días de Septiembre de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 25-09-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
DE LUCA ROXANA BEATRIZ	27221859931			
MOSCILLO SUSANA MONICA	27185508817			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

ART R 3 0 9 0 0 N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO BBVA ARGENTINA S.A - CUIT: 30-50000319-3, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 25 días de Septiembre de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 25-09-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
DE LUCA ROXANA BEATRIZ	27221859931			
MOSCILLO SUSANA MONICA	27185508817			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

ARCA CCMA

CERRAR SESION | CUENTA CORRIENTE | CONSULTAS VARIAS

CUIT: **20-14804562-4** Tipo de Contribuyente: **AUTONOMO** 1/10/2025 - 15:53

Apellido y Nombre: **ORGE, CLAUDIO FERNANDO**

Domicilio: **AV. J.D. PERON 3845 - VALENTIN ALSINA - 1**

Dependencia: **AGENCIA NRO 12**

ÚLTIMA DEUDA CALCULADA **FECHA DE CÁLCULO:** 01/10/2025

PERÍODO TOTAL CALCULADO **08/2025 - 08/2025**

Total Saldo Deudor:	**0.00**	**Total Saldo Acreedor:**	**0.00**
Obligación Mensual:	0.00	Obligación Mensual:	0.00
Accesorios:	0.00	Accesorios:	0.00

FILTRO AVANZADO

PERÍODO DESDE (MM/AAAA) 08/2025 TIPO DE CONTRIBUYENTE Todos **Consultar**

PERÍODO HASTA (MM/AAAA) 08/2025 IMPUESTO Todos **Detalle Reafectaciones**

	Detalle	Período	Impuesto	Concepto	Subcpto	Descripción	Fecha Movimiento	Debe	Haber	Saldo
+		08/2025	AUT	019	019	Obligacion Mensual Autonomo.	08/09/2025	112,913.56		
+		08/2025	AUT	019	019	Pago Obligacion Mensual Autonomo.	03/09/2025		112,913.56	
		08/2025				**Saldo**	**01/10/2025**			**0.00**

OTRO CÁLCULO **PÁGINA PRINCIPAL** **IMPRIMIR** **VOLANTE DE PAGO**

Beneficio Dto. 1866/06

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Certificado de Afiliación

A R T R 3 0 9 0 0N

ART

PÓLIZA: 5107028

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L. con CUIT 30714765031, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 5107028

A) VIGENCIA DESDE: 01-06-2021 **VIGENCIA HASTA:** 31-05-2026

B) ACTIVIDAD: Instalaciones de ascensores, montacargas y escal **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 432910

Servicios relacionados con la construcción (Incluye los servicios prest 711001

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BBVA ARGENTINA S.A. CUIT 30-50000319-3, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L., alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 01 días de Agosto de 2025 para ser presentado ante quien corresponda.

El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT N° 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

ART
Federación Patronal Seguros S.A.U.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

- LISTADO DE LA NOMINA -

CUIT: 30714765031 **FECHA:** 01-08-2025

RAZON SOCIAL: ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

PÓLIZA N°: 5107028

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
CORREGIDOR SANTIAGO DAVID	20337394567			
CRUZ FRANCISCO LEONEL	20416871230			
CRUZ GASTON MARTIN	20232218062			
CRUZ RAMIRO EMMANUEL	23353368729			
VALDE DIEGO MAXIMILIANO	23262848019			
VALDE TIZIANO NAHUEL	23472616269			

BAZAN SERAFIN
Jefe Producción ART

CIELOS DEL SUR
ASCENSORES

Buenos Aires 01 de julio de 2026

Sres. BBVA

REF: PERSONAL NO AFECTADO AL BBVA

El motivo de esta carta es para informarle que el **Sr ORGE CLAUDIO FERNANDO NO CUMPLE TAREAS PARA EL BBVA y no se encuentra en la NOMINA de PERSONAL DE nuestra empresa.**

ORGE	CLAUDIO FERNANDO	20-14804562-4	TERCERIZADO

Sin otro particular, nos despedimos de ustedes,
Quedamos a espera de su pronta comunicación. Atentamente,



ASCENSORES CIELOS DEL SUR S.R.L.

ROXANA DE LUCA

Socia Gerente

VENTAS Y SERVICIO TÉCNICO: San José 1299 – CABA - **Tel** 2063-7022 – Cel 11-4992-8043 - Cel11-6578-1328 **Guardia 24 hs**: 15-2016-3175 – gerencia@ascensorescds.com.ar - www.ascensorescielosdelsur.com

CIELOS DEL SUR
ASCENSORES

VENTAS Y SERVICIO TÉCNICO: San José 1299 – CABA - **Tel** 2063-7022 – Cel 11-4992-8043 - Cel11-6578-1328 **Guardia 24 hs**: 15-2016-3175 – gerencia@ascensorescds.com.ar - www.ascensorescielosdelsur.com

CIELOS DEL SUR
ASCENSORES

VENTAS Y SERVICIO TÉCNICO: San José 1299 – CABA - **Tel** 2063-7022 – Cel 11-4992-8043 - Cel11-6578-1328 **Guardia 24 hs**: 15-2016-3175 – gerencia@ascensorescds.com.ar - www.ascensorescielosdelsur.com

CIELOS DEL SUR
ASCENSORES

VENTAS Y SERVICIO TÉCNICO: San José 1299 – CABA - **Tel** 2063-7022 – Cel 11-4992-8043 - Cel11-6578-1328 **Guardia 24 hs**: 15-2016-3175 – gerencia@ascensorescds.com.ar - www.ascensorescielosdelsur.com