SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 27.819.020	ABAL JUAN MANUEL	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.351.862	ACOSTA SERGIO DAMIAN	36		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 37.895.769	ALBARRACIN DIEGO RODRIGO	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 92.717.278	ARIGON RODRIGO	50		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.683.759	ARNAU DAIANA AILEN	30		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 23.118.435	AYUDE ALEJANDRO AGUSTIN	52		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.205.679	BARRIOS MARIANO JOSE	47		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 39.330.625	BENITEZ SHEILA ALEJANDRA	29		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.007.258	BLANCO GUSTAVO BRUNO AGUSTIN	30		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.169.475	BLANCO NICOLAS EZEQUIEL	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 45.747.013	BUSTAMANTE ELIAN DAVID	20		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.615.082	CAAMAÑO WALTER ANDRES	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.559.749	CARMONA JORGE ENRIQUE	54		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 16.732.752	CARRERAS JORGE LUIS	61		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.026.882	CARRIZO FEDERICO ALEJANDRO	29		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.087.389	CASAS AGUSTIN NICOLAS	25		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.118	CASAS JORGE ROBERTO			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.427.372	CASTILLO HUGO ANGEL	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	Prov.N.P 2.030.104	CASTRO LEONARDO ANDRES				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.762.540	CERINI ALBERTO DAVID	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 95.030.757	COCIO CORTEZ DANIXA MILDRET	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.535.530	CRUZ MAURICIO DAMIAN	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.116	CRUZ MICAELA ALDANA				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.267.784	CURINO EDGAR RAMON	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.993.450	DE LA ROSA ALBERTO JAVIER	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.103	DE LA ROSA JULIO ORLANDO				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.708.126	DEFEO LUCIANO DAMIAN	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.917.571	DI CESARE ISAIAS NAHUEL	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.081.539	DOMINGUEZ BERNARDO FRANCISCO	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.052.716	ESCALANTE MARIO JESUS IVAN	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.170.059	FERNANDEZ ALFREDO HERNAN	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.585.789	FERNANDEZ CRISTIAN ROBERTO	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.877.513	FERREYRA ALEJANDRO ALBERTO	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.111	FIGUEROA NAHUEL EZEQUIEL				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.729.233	FIORINO PABLO GUILLERMO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 24.760.105	FREGOTTE CRISTIAN HERNAN	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.378.253	GARCIA ADOLFO	57		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.199.812	GARCILAZO RAMON FELIPE	37		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.149.207	GARRIDO PABLO MARTIN	42		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.649.615	GAUNA PEDRO AVELINO	34		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.514.030	GEMME SIXTO FRANCISCO	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.023.479	GENTILI CRISTIAN LEONARDO	58		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.911.910	GOMEZ LUIS FRANSISCO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 94.293.333	GON ALVES JESSICA MARIELE	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.367.183	GUTIERREZ CRISTIAN OSVALDO	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 34.413.334	KOSARUK CARLOS GABRIEL	35		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.558.354	KRUK MARIANO GABRIEL DEL VALLE	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 22.642.087	LAMBARRI ORLANDO FRANCISCO	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.194.395	LEDESMA FRANCO OSCAR	25		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.402.516	LEMOS ARGAÑARAZ ELENA ELIZABETH	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.093.007	LOPEZ LUCAS MAXIMIL	35		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.421.744	LOPEZ MARCOS ANTONIO	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 31.084.586	LOPEZ RUBEN OLEGARIO	39		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.199.101	LUGO EVELYN BEATRIZ	39		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.984.110	LUNA DANIEL GUSTAVO	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 45.708.217	LUNA JUAN ANTONIO	20		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.814.464	MAIDANA JUAN JOSE	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.251.062	MANGIOLI LIONEL DAVID	38		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 43.083.905	MASSA AGUSTIN DARIO	24		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.370.893	MEDINA CRISTIAN JAVIER	44		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.447.636	MON ADRIAN JESUS	40		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.294.436	MONTALVAN FABIAN CLAUDIO	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 22.249.507	MONTALVAN LEONARDO ANTONIO	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.585.446	MONTALVAN SILVIO GABRIEL	55		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 23.861.626	MONTEROS ROBERTO RAMON	51		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 92.194.991	MORELLO POLVORA JORGE LUIS	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 29.782.114	OLINIK NICOLAS JOSE	42		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 37.918.942	PACHAO CARLOS MIGUEL	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.644.802	PADILLA NOELIA MARINA	37		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 27.179.678	PAZ VICTOR RICARDO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.710.375	PERALTA LIONEL EUGENIO ESTEBAN	54		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 34.056.802	PONCE DE LEON FACUNDO	36		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.563.239	RAMIREZ LUCAS MILTON ARIEL	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.167.762	RAMOS FEDERICO DARIO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.306.282	RAMOS MARIANO ALBERTO	44		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 44.506.551	RAMOS VALENTIN ALEJANDRO	22		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.096.812	RIZZI MARIO FABIAN	61		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.043.279	RODA PATRICIA LILIANA	50		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.096.212	RODRIGUEZ FERNANDO RAUL	40		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.337.269	RODRIGUEZ PABLO EZEQUIEL	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 41.331.193	ROMAN PEDRO RODOLFO	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.512.827	SALCEDO CARLOS ALBERTO	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.912.717	SANTANDER JORGE ALBERTO	59		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.641.649	SANTILLAN ALFREDO MARTIN	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.641.650	SANTILLAN JUAN MARCELO	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.367.610	SANTILLAN WALTER DARIO	47		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	LE 5.528.247	Saraceni Norberto Luis	76			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 40.978.824	SARACHO BRIAN NAHUEL	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.482.075	SAUCEDO ALEJANDRO JAVIER	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.557.551	SILVA ENRIQUE MARIO	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.045.704	SOSA CARLOS EDUARDO	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.843.834	SUAREZ GUSTAVO ALEJANDRO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.006.017	SUAREZ OMAR ESTEBAN	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 41.892.148	SUAREZ PABLO HUMBERTO	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 29.247.360	SZEITNER VANINA MARIANA	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.109	TOLEDO ROBERTO ALCIDES				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.865.392	TORRES JOSE ARIEL	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.709.445	TORRES OMAR MAXIMILIANO	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.028.348	UCCELLATORE JAVIER ALBERTO	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.694.111	URIBE UBALDO MARCELO	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.737.339	USHER ADOLFO GERMAN	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.159.998	VALLE GERARDO DAMIAN	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.106.811	VALLES WALTER ALBERTO	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 32.817.341	VERA JUAN CARLOS	38		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.951.214	VERON CRISTIAN GABRIEL	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.019.224	VILLANUEVA JOSE LUIS	60		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 43.017.391	VILLANUEVA LUCAS DAVID	24		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.366.952	VILLAR LEANDRO ALEXIS	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.108	ZAVALA JUAN RAMON			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.873.325	ZEC GERARDO ANDRES	43		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.312.749	ZIEGAN BRAIAN ROGER	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

Cantidad de adherentes: 111

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 0224203004000000000000000000269422100000000000199306947582545-10000057703100000577031200 12

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-69475825-4
ING GUILLERMO MARCONI 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Seg. Vida Obligat.(D.1567/74) - Personas aseguradas según anexo adjunto.
Período facturado: desde el 01/05/2025 hasta el 01/06/2025
Prima: $ 37.149,27 Derecho de emisión: $ 25,00

1244B30FB2974979C77EFA6E2645853/2694221
C.U.I.C.: *1244B30FB2974979C77EFA6E2645853/2694221*

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte**	**$ 181.215.936,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

• **Anexo (Condiciones Generales)**

Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia Decreto N° 1567/74, según Resolución N° 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 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 N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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 una sola prestación del seguro. 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°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN 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.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 0224203004000000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada.
La suma asegurada será equivalente a la de 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.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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 N° 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.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA 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 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 QUINCE (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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 encuentre 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 SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (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 UN (1) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento,

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador

TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD

Marconi 4481

1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)

Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4

Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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°. DESIGNACIÓN 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 53 y 54 de la Ley N° 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.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO 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 CERO (0) 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 N° 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 7° y 8° 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 las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN 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 VEINTISÉIS (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 N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 2° y lo determinado en el Artículo 6° 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 SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP 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 18 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 mencionados, 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. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
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 SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes 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 SSN, 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 periodo/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 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.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 periodo/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 Administrativa 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.

Artículo 13. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
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 (0) 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.

Artículo 14. COMUNICACIÓN 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 personal 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 11 del presente reglamento.

Artículo 15. LIQUIDACIÓN 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 de 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 53 y 54 de la Ley N° 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

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 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 la 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 53 y 54 de la Ley N° 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 2° 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 poseen 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 10 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.

Advertencia al Tomador/Asegurado:
Medios Habilitados de Pago de Premios

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

PRODUCTOR - ASESOR

- **Ghiorzo Leandro Carlos (Matr. 57703) (Productor)**

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador

TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD

Marconi 4481

1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)

Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4

Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	-ADIC. ADM.	GTOS. PÓLIZA	DER. EMIS.	CARGO FINANC.	NETO GRAV.	I.V.A.	PER. I.V.A. S. NO CAT.
37.149,27	0,00	0,00	0,00	0,00	37.149,27	0,00	0,00

I.V.A. PERCEP.	IMP. Y TASAS	SELL. PROV.	ING. BRUTOS PERCEP.	PREMIO	AUMENTO CAP.	TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	37.174,27	0,00	**37.174,27**

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 27.819.020	ABAL JUAN MANUEL	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.351.862	ACOSTA SERGIO DAMIAN	36		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 37.895.769	ALBARRACIN DIEGO RODRIGO	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 92.717.278	ARIGON RODRIGO	50		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.683.759	ARNAU DAIANA AILEN	30		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 23.118.435	AYUDE ALEJANDRO AGUSTIN	52		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.205.679	BARRIOS MARIANO JOSE	47		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 39.330.625	BENITEZ SHEILA ALEJANDRA	29		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.007.258	BLANCO GUSTAVO BRUNO AGUSTIN	30		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 38.169.475	BLANCO NICOLAS EZEQUIEL	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 45.747.013	BUSTAMANTE ELIAN DAVID	20		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.615.082	CAAMAÑO WALTER ANDRES	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.559.749	CARMONA JORGE ENRIQUE	54		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 16.732.752	CARRERAS JORGE LUIS	61		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.026.882	CARRIZO FEDERICO ALEJANDRO	29		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.087.389	CASAS AGUSTIN NICOLAS	25		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.118	CASAS JORGE ROBERTO			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.427.372	CASTILLO HUGO ANGEL	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	Prov.N.P 2.030.104	CASTRO LEONARDO ANDRES				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.762.540	CERINI ALBERTO DAVID	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 95.030.757	COCIO CORTEZ DANIXA MILDRET	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.535.530	CRUZ MAURICIO DAMIAN	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.116	CRUZ MICAELA ALDANA				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.267.784	CURINO EDGAR RAMON	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.993.450	DE LA ROSA ALBERTO JAVIER	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.103	DE LA ROSA JULIO ORLANDO				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.708.126	DEFEO LUCIANO DAMIAN	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.917.571	DI CESARE ISAIAS NAHUEL	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.081.539	DOMINGUEZ BERNARDO FRANCISCO	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.052.716	ESCALANTE MARIO JESUS IVAN	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.170.059	FERNANDEZ ALFREDO HERNAN	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.585.789	FERNANDEZ CRISTIAN ROBERTO	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.877.513	FERREYRA ALEJANDRO ALBERTO	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.111	FIGUEROA NAHUEL EZEQUIEL				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.729.233	FIORINO PABLO GUILLERMO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 24.760.105	FREGOTTE CRISTIAN HERNAN	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.378.253	GARCIA ADOLFO	57		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.199.812	GARCILAZO RAMON FELIPE	37		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.149.207	GARRIDO PABLO MARTIN	42		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.649.615	GAUNA PEDRO AVELINO	34		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.514.030	GEMME SIXTO FRANCISCO	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.023.479	GENTILI CRISTIAN LEONARDO	58		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.911.910	GOMEZ LUIS FRANSISCO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 94.293.333	GON ALVES JESSICA MARIELE	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.367.183	GUTIERREZ CRISTIAN OSVALDO	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 34.413.334	KOSARUK CARLOS GABRIEL	35		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.558.354	KRUK MARIANO GABRIEL DEL VALLE	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 22.642.087	LAMBARRI ORLANDO FRANCISCO	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 42.194.395	LEDESMA FRANCO OSCAR	25		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.402.516	LEMOS ARGAÑARAZ ELENA ELIZABETH	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 35.093.007	LOPEZ LUCAS MAXIMIL	35		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.421.744	LOPEZ MARCOS ANTONIO	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 31.084.586	LOPEZ RUBEN OLEGARIO	39		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.199.101	LUGO EVELYN BEATRIZ	39		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.984.110	LUNA DANIEL GUSTAVO	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 45.708.217	LUNA JUAN ANTONIO	20		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.814.464	MAIDANA JUAN JOSE	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.251.062	MANGIOLI LIONEL DAVID	38		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 43.083.905	MASSA AGUSTIN DARIO	24		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.370.893	MEDINA CRISTIAN JAVIER	44		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.447.636	MON ADRIAN JESUS	40		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.294.436	MONTALVAN FABIAN CLAUDIO	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 22.249.507	MONTALVAN LEONARDO ANTONIO	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.585.446	MONTALVAN SILVIO GABRIEL	55		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 23.861.626	MONTEROS ROBERTO RAMON	51		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 92.194.991	MORELLO POLVORA JORGE LUIS	53		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 29.782.114	OLINIK NICOLAS JOSE	42		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 37.918.942	PACHAO CARLOS MIGUEL	31		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.644.802	PADILLA NOELIA MARINA	37		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 27.179.678	PAZ VICTOR RICARDO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.710.375	PERALTA LIONEL EUGENIO ESTEBAN	54		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 34.056.802	PONCE DE LEON FACUNDO	36		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 25.563.239	RAMIREZ LUCAS MILTON ARIEL	48		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.167.762	RAMOS FEDERICO DARIO	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.306.282	RAMOS MARIANO ALBERTO	44		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 44.506.551	RAMOS VALENTIN ALEJANDRO	22		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.096.812	RIZZI MARIO FABIAN	61		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.043.279	RODA PATRICIA LILIANA	50		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 31.096.212	RODRIGUEZ FERNANDO RAUL	40		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.337.269	RODRIGUEZ PABLO EZEQUIEL	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 41.331.193	ROMAN PEDRO RODOLFO	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.512.827	SALCEDO CARLOS ALBERTO	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.912.717	SANTANDER JORGE ALBERTO	59		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.641.649	SANTILLAN ALFREDO MARTIN	46		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.641.650	SANTILLAN JUAN MARCELO	45		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 26.367.610	SANTILLAN WALTER DARIO	47		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	LE 5.528.247	Saraceni Norberto Luis	76			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 40.978.824	SARACHO BRIAN NAHUEL	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.482.075	SAUCEDO ALEJANDRO JAVIER	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 21.557.551	SILVA ENRIQUE MARIO	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.045.704	SOSA CARLOS EDUARDO	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.843.834	SUAREZ GUSTAVO ALEJANDRO	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 18.006.017	SUAREZ OMAR ESTEBAN	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 41.892.148	SUAREZ PABLO HUMBERTO	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 29.247.360	SZEITNER VANINA MARIANA	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.109	TOLEDO ROBERTO ALCIDES				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 32.865.392	TORRES JOSE ARIEL	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.709.445	TORRES OMAR MAXIMILIANO	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 33.028.348	UCCELLATORE JAVIER ALBERTO	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 20.694.111	URIBE UBALDO MARCELO	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.737.339	USHER ADOLFO GERMAN	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.159.998	VALLE GERARDO DAMIAN	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 27.106.811	VALLES WALTER ALBERTO	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2645853	**2694221**	**1**	1720	1	150267	209742	09/04/2025	200.3	VOR002645853	CUIT 30-69475825-4 TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA

	ASEGURADO				BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO / FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 32.817.341	VERA JUAN CARLOS	38		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 24.951.214	VERON CRISTIAN GABRIEL	49		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 17.019.224	VILLANUEVA JOSE LUIS	60		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 43.017.391	VILLANUEVA LUCAS DAVID	24		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 30.366.952	VILLAR LEANDRO ALEXIS	41		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	Prov.N.P 2.030.108	ZAVALA JUAN RAMON			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 28.873.325	ZEC GERARDO ANDRES	43		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026
	DNI 36.312.749	ZIEGAN BRAIAN ROGER	33		Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/05/2025	01/05/2026

Cantidad de adherentes: 111

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 0224203004000000000000000000269422100000000000199306947582545-10000057703100000577031200 12

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-69475825-4
ING GUILLERMO MARCONI 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Seg. Vida Obligat.(D.1567/74) - Personas aseguradas según anexo adjunto.
Período facturado: desde el 01/05/2025 hasta el 01/06/2025
Prima: $ 37.149,27 Derecho de emisión: $ 25,00

1244B30FB2974979C77EFA6E2645853/2694221
C.U.I.C.: *1244B30FB2974979C77EFA6E2645853/2694221*

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte**	**$ 181.215.936,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

• **Anexo (Condiciones Generales)**

Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia Decreto N° 1567/74, según Resolución N° 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 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 N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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 una sola prestación del seguro. 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°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN 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.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 0224203004000000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada.
La suma asegurada será equivalente a la de 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.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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 N° 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.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA 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 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 QUINCE (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 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 encuentre 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 SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (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 UN (1) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento,

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador

TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD

Marconi 4481

1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)

Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4

Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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°. DESIGNACIÓN 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 53 y 54 de la Ley N° 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.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO 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 CERO (0) 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 N° 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 7° y 8° 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 las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN 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 VEINTISÉIS (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 N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 2° y lo determinado en el Artículo 6° 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 SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP 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 18 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 mencionados, 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. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
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 SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes 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 SSN, 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 periodo/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 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.

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 periodo/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 Administrativa 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.

Artículo 13. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
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 (0) 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.

Artículo 14. COMUNICACIÓN 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 personal 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 11 del presente reglamento.

Artículo 15. LIQUIDACIÓN 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 de 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 53 y 54 de la Ley N° 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

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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 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 la 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 53 y 54 de la Ley N° 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 2° 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 poseen 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 10 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.

Advertencia al Tomador/Asegurado:
Medios Habilitados de Pago de Premios

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221
Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador
TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD
Marconi 4481
1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)
Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4
Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

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.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

PRODUCTOR - ASESOR

- **Ghiorzo Leandro Carlos (Matr. 57703) (Productor)**

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2645853 Póliza nro. 2694221

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/5/2025	**Hasta las 0 hs 1/5/2026**

Tomador

TRANSPORTES MONTALVAN SOCIEDAD

Marconi 4481

1765 Isidro Casanova (Buenos Aires)

Asociado: 828575 CUIT: 30-69475825-4

Org.: 150267 Prod.: 209742 Zona/Ofic: 200.3

Emitida en Sunchales el día miércoles 9 de abril de 2025

CUIP: 022420300400000000000000000026942210000000000019930694758254 5-10000057703100000577031200 12

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	-ADIC. ADM.	GTOS. PÓLIZA	DER. EMIS.	CARGO FINANC.	NETO GRAV.	I.V.A.	PER. I.V.A. S. NO CAT.
37.149,27	0,00	0,00	0,00	0,00	37.149,27	0,00	0,00

I.V.A. PERCEP.	IMP. Y TASAS	SELL. PROV.	ING. BRUTOS PERCEP.	PREMIO	AUMENTO CAP.	TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	37.174,27	0,00	**37.174,27**

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 Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS