Seguro de Accidentes personales - AP Colectivo - Certificado Individual de Incorporación

Información de Póliza

TOMADOR	RAMO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
VILLAGRA MIGUEL ANGEL	Accidentes personales	00HS DEL 05/12/2025	00HS DEL 05/06/2026
DIRECCIÓN	**N° PÓLIZA / N° FACTURA**	**ENDOSO**	**LUGAR Y FECHA EMISIÓN**
-	01-02-06-30073618	0	Santa Fé, 02/01/2026
PROVINCIA			
3200 - CONCORDIA ENTRE RÍOS			

San Cristóbal SMSG certifica por el presente, que la persona designada Asegurado, se encuentra comprendida en las condiciones de la mencionada póliza, a partir de la fecha de inicio de vigencia de este certificado individual.

Datos del Asegurado

N° CERTIFICADO	ASEGURADO TITULAR	CUIT/CUIL	FECHA NACIMIENTO	OCUPACION
1	Villagra Miguel Angel	20-29766436-1	07/12/1982	Chofer camiones carga en general no peligrosa

AP Abiertos
Ambito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere

Coberturas

Muerte accidental

Capital Asegurado: $13.920.000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente

Capital Asegurado: $13.920.000

Reembolso de Gastos Médicos

Capital Asegurado: $5.800.000

Franquicia: $

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-67988839-7 Saf Argentina Sa; 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
SAF ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA
CUIT 30-67988839-7
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Cláusula de Beneficiario en Primer Término

Listado de CUIT: 30-67988839-7 Saf Argentina Sa; 30-66313737-5 R P B Sociedad Anónima
Se instituye como beneficiario en primer término del listado detallado anteriormente, a aquella empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al momento de ocurrencia de un evento cubierto por la presente póliza. De ocurrir el siniestro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.

Beneficiarios

Tomador

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución de Pautas Mínimas del Ramo Accidentes Personales/ N° de Expediente Electrónico EX-2019-78207953- -APN-GTYN#SSN". 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 presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d).

Este certificado y los suplementarios, si los hubiere, quedarán nulos y sin valor alguno desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en la póliza o desde el momento que la misma caducara o fuere rescindida.

Si durante la vigencia del presente Seguro ocurriera su fallecimiento, la suma asegurada será abonada dentro de los quince días después de recibidas las pruebas del fallecimiento a él/los beneficiario/s designado/s.

Este certificado ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído 116.657

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

SR. ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no

Seguro de Accidentes personales - AP Colectivo - Certificado Individual de Incorporación

Información de Póliza

TOMADOR **VILLAGRA MIGUEL ANGEL**	RAMO **Accidentes personales**	VIGENCIA DESDE **00HS DEL 05/12/2025**	VIGENCIA HASTA **00HS DEL 05/06/2026**
DIRECCIÓN **-**	N° PÓLIZA / N° FACTURA **01-02-06-30073618**	ENDOSO **0**	LUGAR Y FECHA EMISIÓN **Santa Fé, 02/01/2026**
PROVINCIA **3200 - CONCORDIA ENTRE RÍOS**			

San Cristóbal SMSG certifica por el presente, que la persona designada Asegurado, se encuentra comprendida en las condiciones de la mencionada póliza, a partir de la fecha de inicio de vigencia de este certificado individual.

designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

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

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A.Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar"o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Advertencia al Asegurado- La Resolución ME Nº 429/00, modificada por la Resolución ME Nº 407/01, especifica en su artículo 1º que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. b) Entidades financieras sometidas al régimen de la ley Nº 21.526. c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley Nº 25.065. d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado 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.

Diego Guaita
Gerente General

Comprobante de Pago

San Cristóbal Seguros

Póliza: 01-02-06-30073618 **Suc:** 02
N° de Cuenta: 01-00526206
Tomador: VILLAGRA MIGUEL ANGEL
Ramo: Accidente Personal
Pago Aplicado: 12/01/2025
Productor: 02-003895

Emisión Comprobante: 16/01/2026
Vigencia: 05/12/2025 - 05/06/2026
Modalidad de Pago: Tarjeta de crédito
Subramo: AP Colectivo
Próximo Vencimiento: 16/02/2026
Organizador: 02-900001

Nota:

El presente comprobante de pago no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condiciones de póliza. Este comprobante lleva firma facsimilar, conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora.
El presente comprobante de pago es válido hasta la fecha del próximo vencimiento 12/01/2026.



Diego Guaita
Gerente General

Control: 01-02-06-30073618