# 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 22/07/2026 | 00HS DEL 05/12/2026 |
| **DIRECCIÓN** | **N° PÓLIZA** | **ENDOSO** | **LUGAR Y FECHA EMISIÓN** |
| - | 01-02-06-30080832 | 2 | Santa Fé, 03/08/2026 |
| **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: $16.425.600

**Invalidez total y/o parcial permanente por accidente**

Capital Asegurado: $16.425.600

**Reembolso de Gastos Médicos**

Capital Asegurado: $6.844.000

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. CENCOSUD SA CUIT 30590360763.
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<br>**VILLAGRA MIGUEL ANGEL** | RAMO<br>**Accidentes personales** | VIGENCIA DESDE<br>**00HS DEL 22/07/2026** | VIGENCIA HASTA<br>**00HS DEL 05/12/2026** |
| DIRECCIÓN<br>**-** | N° PÓLIZA<br>**01-02-06-30080832** | ENDOSO<br>**2** | LUGAR Y FECHA EMISIÓN<br>**Santa Fé, 03/08/2026** |
| PROVINCIA<br>**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

**SAN CRISTOBAL S.M.S.G.**

RIVADAVIA 3052/70 - (3000) SANTA FE - TEL: (0342) 4501700
santaFe@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

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

San Cristóbal Seguros

## Información de Póliza

TOMADOR
**VILLAGRA MIGUEL ANGEL**

DIRECCIÓN
**-**

LOCALIDAD - PROVINCIA
**3200 - CONCORDIA ENTRE RÍOS**

RAMO
**Accidentes personales**

SUBRAMO
**AP Colectivo**

N° PÓLIZA / N° FACTURA
**01-02-06-30080832**

ENDOSO
**0**

CONCEPTO
**Renovación**

LUGAR Y FECHA EMISIÓN
**Santa Fé, 16/05/2026**

VIGENCIA DESDE
**00HS DEL 05/06/2026**

VIGENCIA HASTA
**00HS DEL 05/12/2026**

N° SOCIO
**02-08017807**

C.U.I.T.
**20-29766436-1**

COND. IVA
**Inscripto**

CLAVE LINK/BANELCO
**0208017807**

## Condiciones Particulares

### AP Abiertos

**Ámbito de cobertura: Jornada Laboral más Trayecto In Itinere**
**Cantidad inicial de asegurados: 1**
**Edad mínima de ingreso: 18**
**Edad máxima de ingreso: 69**
**Edad máxima de permanencia cobertura básica: 75**
**Edad máxima de permanencia coberturas adicionales: 65**
**SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN EL LISTADO DE ASEGURADOS**

## Costos del Seguro

| PRIMA | REC. FINANCIERO | BASE IMPONIBLE | I.V.A. | I.V.A. R.G. 3337 |
|---|---|---|---|---|
| $76.140,73 | $11.192,69 | $87.333,42 | $18.340,02 | $2.620,00 |

| PERC. IB. TOTAL* | IMPUESTOS / TASAS | SELLADO | CUOTA SOCIAL ART. 8 | PERC. TSeH LA PLATA |
|---|---|---|---|---|
| $441,47 | $960,85 | $1.088,17 | $7.614,07 | $0,00 |

*IIBB ENTRE RIOS $441,47

**Premio** **$118.398,00**

## Cuotas / Medio de Pago

MEDIO DE PAGO
**Tarjeta de crédito**

CANTIDAD DE CUOTAS
**6**

ENTIDAD DE COBRO
**Tarjeta de crédito - AMERICAN EXPRESS ARGENTINA S.A. - ##########7200**

| CUOTA | MONTO | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 1 | $19.734,00 | 12/06/2026 |
| 2 | $19.734,00 | 12/07/2026 |
| 3 | $19.734,00 | 12/08/2026 |
| 4 | $19.734,00 | 12/09/2026 |
| 5 | $19.734,00 | 12/10/2026 |
| 6 | $19.728,00 | 12/11/2026 |

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

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por EX-2019-78207953- -APN-GTYN#SSN. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

PRODUCTOR
**02-003895 - TORRES GLADYS MABEL**

MATRICULA
**51993**

ORGANIZADOR
**02-900001 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES**

Diego Guaita
Gerente General

Escaneá el QR con tu billetera virtual y pagá

**SAN CRISTOBAL S.M.S.G.**

RIVADAVIA 3052/70 - (3000) SANTA FE - TEL: (0342) 4501700
santaFe@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

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

San Cristóbal Seguros

| TOMADOR | N° SOCIO | RAMO | N° PÓLIZA / N° FACTURA | ENDOSO |
|---|---|---|---|---|
| VILLAGRA MIGUEL ANGEL | 02-08017807 | Accidentes personales | 01-02-06-30080832 | 0 |

## Detalle de Coberturas

## Coberturas

### Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

**Muerte accidental**

Capital Asegurado — **$16.425.600**

**Invalidez total y/o parcial permanente por accidente**

Capital Asegurado — **$16.425.600**

**Reembolso de Gastos Médicos**

Capital Asegurado — **$6.844.000**

**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.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

## Servicio Atención al Asegurado

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

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.com.ar**. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a **consultas@ssn.gob.ar**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

## Condiciones y Cláusulas

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

90 - AP2000 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8040 - AP8140 - AP8160

**SAN CRISTOBAL S.M.S.G.**

RIVADAVIA 3052/70 - (3000) SANTA FE - TEL: (0342) 4501700
santaFe@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

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

| TOMADOR | N° SOCIO | RAMO | N° PÓLIZA / N° FACTURA | ENDOSO |
|---|---|---|---|---|
| **VILLAGRA MIGUEL ANGEL** | **02-08017807** | **Accidentes personales** | **01-02-06-30080832** | **0** |

## N° DE INSCRIPCIÓN DE SAN CRISTÓBAL S.M.S.G.

Clave única de Identificación Tributaria: 34-50004533-9

Impuesto sobre los Ingresos Brutos: Convenio Mult. N° 34500045339-921

IVA. Resp. Inscripto (incluido en la R.G. N° 18/97 - AFIP)
Agente de Percepción Prov. Bs. As: 000-65-0808-1
Agente de Percepción Capital Federal 01097/6
Agente de Percepción Misiones 34500045339

**Impuesto de sellos:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Buenos Aires | **000-84-0116-1** | Corrientes | **Inscripto sin N°** | Mendoza | **101** | San luis | **16-S** |
| Capital Federal | **34-50004533-0** | Entre Ríos | **154** | Misiones | **165** | Santa Cruz | **--** |
| Catamarca | **S-33** | Formosa | **R-40005** | Neuquén | **167** | Santa Fe | **202-000020-8** |
| Chaco | **34-50004533-9** | Jujuy | **S-5-1033** | Río Negro | **143** | Sgo. del Estero | **Inscripto sin N°** |
| Chubut | **154** | La Pampa | **30457** | Salta | **1166** | Tierra del Fuego | **--** |
| Córdoba | **4-00-0006-1** | La Rioja | **R-0145** | San Juan | **1818** | Tucumán | **Inscripto sin N°** |

## SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

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

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

«... Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que
deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora...»

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

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

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

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

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

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

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

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

## Comprobante de Pago

San Cristóbal Seguros

**Póliza:** 01-02-06-30080832 **Suc:** 02
**N° de Cuenta:** 01-00526206
**Tomador:** VILLAGRA MIGUEL ANGEL
**Ramo:** Accidente Personal
**Pago Aplicado:** 22/07/2026
**Productor:** 02-003895

**Emisión Comprobante:** 03/08/2026
**Vigencia:** 05/06/2026 - 05/12/2026
**Modalidad de Pago:** Tarjeta de crédito
**Subramo:** AP Colectivo
**Próximo Vencimiento:** 12/08/2026
**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 12/08/2026.**



Diego Guaita
Gerente General

Control: 01-02-06-30080832