CUIP:038120300400000000000000000000849182000000000000093071138188 79-20000000000000000000000000006

Asegurado : ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***

Dirección : ***CHILE 2910***

Localidad : (***3200***) ***BARRIO CREMONTE***
Entre Ríos

Póliza : **30 849182 839403 PACTO SOCIAL**

Cod.Int.: 80956 - DIRECTOS - M LUISA

¿CÓMO ABONAR TU FACTURA?

1- **Por Débito Automático con las siguientes tarjetas o por CBU.**

2- **Pago electrónico o en las sucursales**

3- **Por Transferencia / eCheq en Banco Francés**

Banco Nación CBU: 0110599520000042828129
Alias: **IAM3050**

Banco Francés CBU 0170182720000000348461
Alias: **INSTITUTO3050**

CUIT DE INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL: 30-50006324-2

IMPORTANTE: Enviar por e -mail a **cobranzas@institutoasegurador.com.ar** el comprobante de pago, indicando el nombre del cliente y el número de CUIT.

4- Mediante cheque, enviándolo por correo a nuestra Sede Central a nombre del Instituto Asegurador Mercantil S. A junto con el talón de su cuponera.

5-En nuestra Sede Central, Av. Belgrano 774 (1092 CABA) podrá abonar con cheque, tarjeta de débito/crédito Visa, Mastercard, American Express, Cabal y Naranja.

Para mayor información, comuníquese con nuestro Departamento de Cobranzas al: (011) 5555-8500 / 0800-3333-426.

***** AFICHE A EXHIBIR POR EL EMPLEADOR *****

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO. 1567/74

Resoluciones nros.: 35.133 y 38.136 de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Aseguradora : ***INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL S.A.***
E_mail : ***info@institutoasegurador.com.ar***

Contratante : ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***
Póliza : ***30*** **849182**
Vigente desde : **1/10/2026** hasta: **30/09/2027**

* Objeto del Seguro y quienes están excluídos.

El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 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 Unico de Seguridad Social, encontrándose excluídos los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N°16.600 y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

* Prestación

La prestación establecida por el Decreto Nº 1567/74, es independiente de todo otro beneficio social, seguro, o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para mas de un empleador, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
Al inicio de vigencia el capital asegurado es $2.071.300 DOS MILLONES SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CON 00/100.==========

* Contratación del Seguro - Responsabilidad del Empleador

La contratación del seguro está a cargo del empleador, quien en caso de no contratarlo o de no abonar las primas, es el responsable directo del pago del beneficio.

* Designación de beneficiarios

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que le hará entrega el empleador.

El Original y el Duplicado quedará en poder del tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

* Documentación a presentar por el cobro del beneficio

- Partida de Defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave Unica de identificación Laboral (CUIL) del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de la ocurrencia del fallecimiento.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes, firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de Designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios o por si cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto deberá presentar copia autenticada de la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición y que se establece en el Artículo 15º del reglamento.

* Plazo para el cobro del beneficio

Completada la documentación, el asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago

* Falta de reclamo de los beneficiarios

Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de presentación de la documentación requerida para el pago del mismo, la aseguradora transferirá los fondos a la Superintendencia de Seguros de la Nación, donde deberán continuar el trámite para el cobro de los mismos.

* Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad

Cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de la Nación Av. Julio A. Roca 721, (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: **www.ssn.gov.ar**

IAM SEGUROS

FACTURA PROFORMA

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***	Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***	Póliza	: 849182
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE*** (***3200***) ***Entre Ríos***	Renueva a	: 839403
CUIT	: ***00000030711381887*** Condición IVA : ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia: Desde: ***1/10/2026*** Hasta: ***30/09/2027*** ***365*** Dias Fecha de emisión: ***30/09/2026***

MUY IMPORTANTE PARA UD. Y SU CONTADOR

La PRIMA del seguro será la que se determine automáticamente en forma mensual en el "Sistema de Cálculo de las Obligaciones de la Seguridad Social (SICOSS F931)" en base a la nómina correspondiente al mes de la Declaración Jurada y sus rectificativas y al capital asegurado de ese mes.

Además debe ingresar manualmente el importe del "DERECHO DE EMISION" indicado en la presente que es elque corresponde al mes de inicio de vigencia.

AMBOS CONCEPTOS, PRIMA Y DERECHO DE EMISION, DEBEN SER PAGADOS EN TERMINO CON EL F931

PESOS

Prima a determinar F931	0,00	Sellados	0,00
Bonificación	0,00	Percep. Ing. Brutos	0,00
Derecho de emisión	12,00	IVA %	0,00
Recargo administrativo	0,00	IVA %	0,00
Recargo financiero	0,00	R.G. 3337 DGI	0,00
Impuestos, tasas y contribuciones	0,00	**PREMIO A PAGAR (*)**	**0,00**
		(*) Prima + Derecho Emisión por F931	

Identificación para pagos mis cuentas : 0300849182

7B5D213EEE7E4623BF6FCDA7084918200000

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

IMPORTANTE
De acuerdo a lo establecido en la cláusula de cobranza del premio, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

POLIZA

Asegurado	: ***TRANSPORTE EL CORDOBES S.R.L.***	Ramo	: **PACTO SOCIAL**
Dirección	: ***CHILE 2910***	Póliza	: 849182
Localidad	: ***BARRIO CREMONTE (3200) Entre Ríos***	Renueva a	: 839403
CUIT	: ***00000030711381887*** Condición IVA : ***RESP. INSCRIPTO***	Endoso	:

Vigencia: Desde: ***1/10/2026*** Hasta: ***30/09/2027*** ***365*** Dias Fecha de emisión: ***30/09/2026***

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1.567/74
Resolucion nro 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

De acuerdo a la solicitud recibida de esa empresa, cuyos datos se consignan precedentemente, en la que se aseguran a las personas detalladas en la nómina que se adjunta, procederemos a practicar la primera liquidación de primas (y sellados si correspondiere).
De conformidad con lo expresado en los art. 11 y 13 de la Resolución 39766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, la cobertura de Seguro de Vida Obligatorio quedará suspendida automaticamente si el tomador no abona las primas al vencimiento de sus obligaciones fiscales.
Dicha suspensión, se producirá desde la hora 0 (cero) del día siguiente al vencimiento, sin necesidad de constitución en mora, ni de interperlación judicial o extrajudicial. La cobertura solo podrá ser rehabilitada dentro de los sesenta (60) días. Dicha rehabilitación tomará efecto a partir de las 72 (setenta y dos) horas de haberse abonado las primas adeudadas.

Personas aseguradas: 7 Capital actual por persona: 2.071.300 Prima actual por persona: 424,62

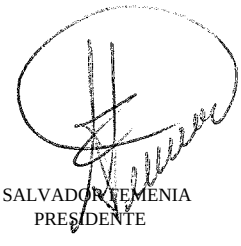
Vigencia: 0 ANUAL Riesgo Asegurado: MUERTE

Esta póliza se emitió en base a la nómina inicial, siendo la nómina vigente la que se hubiere informado al Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS) y por la cual se pagarán la prima y derecho de emisión correspondientes en tiempo y forma.

Forman parte de este contrato - además de las Condiciones Generales - los siguientes Anexos, Cláusulas y Condiciones Particulares:
ANEXOS
CLAUSULAS
CONDICIONES

SUMA ASEGURADA TOTAL:	14.499.100		
Prima a determinar F931	0,00	Sellados	0,00
Bonificación	0,00	Percep. Ing. Brutos	0,00
Derecho de emisión	12,00	IVA %	0,00
Recargo administrativo	0,00	IVA %	0,00
Recargo financiero	0,00	R.G. 3337 DGI	0,00
Impuestos, tasas y contribuciones	0,00	**PREMIO A PAGAR (*)**	**0,00**
		(*) Prima + Derecho Emisión por F931	

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721, (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar
ADVERTENCIA: Si el texto de esta póliza difiriere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (art. 12 de la Ley de Seguros). Los vocablos "Asegurado", Tomador o Contratante" se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe darseles el significado que corresponda, según las circunstancias del caso.
La compañía de seguros 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 que el reclamo no haya sido resuelto o que haya sido denegada su admisión o desestimado total o parcialmente, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o por formulario web en www.argentina.gob.ar/ssn. El servicio de Atención al Asegurado está integrado por:
RESPONSABLE: Graciela Diamore -- SUPLENTE: Julio C. Areitio -- TELEFONO: 5555-8500 interno 504



SALVADOR TEMENIA
PRESIDENTE

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RESOLUCIÓN 12.159 del: 27/01/1975

CUIT: 30-50006324-2 IVA Responsable Inscripto - ING. BRUTOS CONV.MULT.:901-914329-1

Ramo: **PACTO SOCIAL** Póliza: 849182 Certificado 839403 Endoso:

NOMINA DE ASEGURADOS

Documento	Apellido y Nombre	F.Alta	Documento	Apellido y Nombre	F.Alta
20210602799	LAROCCA OSCAR DARIO	1/10/2026	20251739855	ABASTO JULIO CESAR	1/10/2026
20319643312	SANCHEZ DANIEL MARTIN RODRIGO	1/10/2026	20401664859	ZALAZAR JONATHAN MAURO	1/10/2026
20431478944	LEHR AGUSTIN EZEQUIEL	1/10/2026	20447011043	PHILBOIS FEDERICO IGNACIO	1/10/2026
23377028139	ROBLEDO ALFREDO GONZALO	1/10/2026			

Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A
Tel: 011-5555-8500 Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A.B.A, Argentina. www.institutoasegurador.com.ar