

**Medrano 1645**

Medrano 1645

(1424) Capital Federal-



3 / 17 / 237-0095176-04 / 0003 - T  
13095- MARISA ROMAN BROKERS SA

POLIZA N°:	237-00095176-01
SUPLEMENTO N°:	3
EMISION:	15/11/2023
<b>VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO</b>	
Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
16/12/2023	16/12/2024
MATRICULA PAS:	1610

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-  
OF. COMERCIAL :AV. JUAN B. ALBERDI 36 ,() CAPITAL FEDERAL

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

**CONDICIONES** LEY DE CONTRATO DE TRABAJO \$ 5.000.000

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

TOMADOR: MEDRANO 1645 C.U.I.T. 30-59621829-2 IVA: Exento  
DOMICILIO: Medrano 1645 REF.:017/0095176/003 T  
OBSERVACIONES: C.P.: 1424  
LOCALIDAD: Capital Federal- TEL.:011 49212888

**OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS**

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS...: 1  
PERIODO FACTURADO.....: 16/12/2023 AL 16/12/2024

VOLUMEN MAXIMO DE CAPITAL TOTAL DE LA POLIZA: \$ 5.000.000,00  
TASA PRIMA...: 1,078 % MENSUAL  
TASA PREMIO...: 1,084 % MENSUAL  
ENDOSO DE REFACTURACION.

**ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA**

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:  
\* CP-LCT CL6 \*

**COBERTURAS**

**Cláusulas**

MUERTE POR ENFERM o ACCIDENTE  
INV. TOTAL Y PERM. POR ENF. O ACC

**Suma Asegurada**

VALOR RESULTANTE DE LA APLICACION DEL ARTICULO 212 O 248 DE LA LEY 20.744, SEGUN CORRESPONDA, CON UN TOPE MAXIMO DE \$ 5.000.000 POR PERSONA.

C O N T I N U A E N A N E X O "C" A D J U N T O

**DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA**

PRIMA	\$	55.001,05
Recargo Financiero (*)	\$	3.833,57
IMPUESTOS Y SELLADOS	\$	3.883,09
*** PREMIO TOTAL	\$	62.717,71
(*) T.E.A.	%	16,08

**PLAN DE PAGOS**

VER ANEXO ADJUNTO

Las cuotas se debitaran de su cbu numero \*\*\*\*\*4748 en las fechas establecidas en el plan de pagos o el 1er dia habil siguiente.

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

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

Esta póliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveído 116.449.

13095 MARISA ROMAN BROKERS SA

**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

Jorge Cruz Aguado  
Gerente General

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar). En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a [consultas@ssn.gob.ar](mailto:consultas@ssn.gob.ar).

ANEXO "C"

HOJA: 1

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

POLIZA: 237-00095176-01

REFACTURACION

ENDOSO: 3

SECCION: VIDA COLECTIVO

POLIZA: 237-00095176-01

ENDOSO: 3

## PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	05/01/2024	\$	5.249,31
	05/02/2024	\$	5.224,40
	05/03/2024	\$	5.224,40
	05/04/2024	\$	5.224,40
	05/05/2024	\$	5.224,40
	05/06/2024	\$	5.224,40
	05/07/2024	\$	5.224,40
	05/08/2024	\$	5.224,40
	05/09/2024	\$	5.224,40
	05/10/2024	\$	5.224,40
	05/11/2024	\$	5.224,40
	05/12/2024	\$	5.224,40

SECCION : VIDA COLECTIVO

POLIZA : 237-00095176-01

ENDOSO : 3

NOMINA DE ASEGURADOS

TIPO Y NRO. DOC.

FECHA DE NAC.

1 MAIDANA RAMON EMILIO

CL 20184749905

21/08/1967

SECCION: VIDA COLECTIVO  
 DETALLE A NIVEL POLIZA

POLIZA: 237-00095176-01  
 ENDOSO: 3

CONDICIONES PARTICULARES  
 DATOS COMPLEMENTARIOS

CP-LCT CL6 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Queda excluido de cobertura el fallecimiento que fuera originado por una enfermedad preexistente a la toma del seguro.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporacion al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento cubierto por esta poliza. Este plazo no podra exceder de doce (12) meses a contar desde el inicio de vigencia del certificado individual.

Exclusion de Cobertura para la Cobertura de Invalidez total y permanente:

CLAUSULA DE EXCLUSION DE COBERTURA POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Queda excluida de cobertura la invalidez total y permanente que fuera originada por una enfermedad preexistente a la toma del seguro.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporacion al seguro, y que fuera la causa directa de la Invalidez total y permanente cubierta por esta poliza. Este plazo no podra exceder de doce (12) meses a contar desde el inicio de vigencia del certificado individual.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
REFACTURACION  
CERTIFICADO NRO.: 000001

POLIZA N°:	237-00095176-01
SUPLEMENTO N°:	3
EMISION:	15/11/2023
<b>VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO</b>	
Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
16/12/2023	16/12/2024
MATRICULA PAS:	1610

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-  
OF. COMERCIAL :AV. JUAN B. ALBERDI 36 ,() CAPITAL FEDERAL

**CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)**

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.  
Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: MEDRANO 1645 C.U.I.T. 30-59621829-2 IVA: Exento  
DOMICILIO: Medrano 1645 REF.: 017/0095176/003 T  
OBSERVACIONES: C.P.: 1424  
LOCALIDAD: Capital Federal- TEL.: 011 49212888

**OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS**

DESCRIPCION.....:LEY DE CONTRATO DE TRABAJO - \$ 5.000.000  
ITEM.....:1

ASEGURADO.....:MAIDANA RAMON EMILIO  
DOCUMENTO.....:CL - 20184749905  
FEC. NACIMIENTO.....:21/08/1967  
DOMICILIO.....:Medrano 1645 ,(1424) Capital Federal-

**BENEFICIARIOS:**

TOMADOR CONTRATANTE

**Coberturas**

MUERTE POR ENFERM O ACCIDENTE  
INV.TOTAL Y PERM.POR ENF.O ACC

**Cláusulas**

**Suma Asegurada**

VALOR RESULTANTE DE LA APLICACION DEL ARTICULO 212 O 248 DE LA LEY 20.744, SEGUN  
CORRESPONDA, CON UN TOPE MAXIMO DE \$ 5.000.000 POR PERSONA.

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

**Comunicación al Asegurado:**

El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente Contrato de Seguro.

Esta póliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveído 116.449.

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar). En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a [consultas@ssn.gob.ar](mailto:consultas@ssn.gob.ar).

**MAPFRE Argentina**  
**Seguros de Vida S.A.**

Jorge Cruz Aguado  
Gerente General

FECHA DE EMISION : 15/11/2023

COMPROBANTE DE PERCEPCION DE INGRESOS BRUTOS

SECCION....: VIDA COLECTIVO  
POLIZA.....: 237-00095176-01  
ENDOSO.....: 3  
VIGENCIA...: desde 16/12/2023 hasta 16/12/2024  
TOMADOR....: MEDRANO 1645  
CUIT.....: 30-59621829-2  
PROVINCIA..: CAPITAL FEDERAL  
NRO. INSC..: NO INSCRIPTO  
BASE IMP...: \$ 58.834,62  
IMPORTE....: \$ 3.530,08

---