



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. - República Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213

CUIT Nº 30-50005666-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-959935-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

Copia Productor

Documento	Lugar y Fecha de Emisión	Póliza Nº	Endoso Nº
Copia Poliza	Buenos Aires, 17/08/2022	8258013	*****
Sección	Vigencia		Renueva Póliza
AUTOMOTORES	Desde las 12 hs. del 23/08/2022	Hasta las 12 hs. del 23/12/2022	8031027
Asegurado			
SACHETTI CARLOS RODOLFO S/N NOMBRE S/N 00 CUIT: 20-32740135-2		Nº Asegurado: 1958640 - TUCUMAN I.V.A.: Consumidor Final	

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación

VOLKSWAGEN GOL 1.6 5 P TREND L/13 MOD:2013 MOTOR: CFZ955485 PTTE: MEA154
CHASIS: 9BWAB05U0DT152056 CARROC.: SEDAN USO:AUTOS CATEGORIA B PARTICULAR
SUMA ASEGURADA:
FRANQUICIAS: SEGUN CLAUSULAS PARTIC. Y ADIC.
LIMITE DE RESPONSABILIDAD CIVIL: \$ ****23.000.000
COBERTURA: A0 SIMPLE (RESPONSABILIDAD CIVIL HACIA PERSONAS Y COSAS TRANSPORT. Y NO TRANSPORT CARC 5.1 y CARC 5.2, LIMITE EVENTO: \$ 1.000.000 COEX 9.1: LIMITE POR EVENTO: U\$S 200.000)

Advertencia al asegurado (Resolución Nº 407/01 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 S.S.N.; 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 S.S.N. 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 en curso legal, cheque cancelatorio Ley Nº 25345 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.

Cláusulas y/o Anexos que forman parte integrante de este contrato

CACC (09.1), CACO (06.1, 11.1, 13.1), CARC (05.1, 05.2), CGCO (07.1, 08.1, 09.1, 10.1, 11.1, 12.1, 13.1, 14.1, 15.1, 16.1, 17.1, 18.1), CGRC (01.1, 02.1, 04.1, 05.1), COEX (02.1, 09.1), SORC (05.1) – A98

Moneda	Prima	Bonificación	Recargos Financieros	T.E.A.	Otros Impuestos
PESOS	3.623,40		532,84	60,00 %	964,25
Suma Asegurada		Sellados	I.V.A.	Otros Gastos	Premio
		83,12			5.203,61

Los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante", se utilizarán indistintamente en esta póliza, por lo que se les debe dar el significado que corresponda.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de La Nación mediante RESOLUCION SSN NRO 21.357 Y NRO 38.708

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.

Agente: ELEAS ELIAS AMIN

Código Productor: 65.0180.0001

Matrícula 86.174

N.U.P.

Prima	Comisión S/ Prima	Comisión Bruta	Comisión Neta	Retenciones
3.623,40	26,57 %	962,86	895,46	67,40

Forma de Pago Productor

1/	4	2/09/2022	\$	1.300,61
2/	4	2/10/2022	\$	1.301,00
3/	4	2/11/2022	\$	1.301,00
4/	4	2/12/2022	\$	1.301,00



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. - República Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213

CUIT N° 30-50005666-1 – JUBILACION N° 50005666
INGRESOS BRUTOS N° 901-959935-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

CONTINUACION FRENTE DE POLIZA

Hoja N° 001

Asegurado	Póliza N°	Endoso N°
SACHETTI CARLOS RODOLFO	8258013	*****

Advertencia al Asegurado

La Red Federal de Asistencia a Víctimas y Familiares de Víctimas de Siniestros Viales brinda asesoramiento legal, psicológico, social y de rehabilitación en la post emergencia vial a nivel nacional. Usted puede comunicarse a la línea telefónica única y gratuita 0800-122-7464 de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Correo electrónico: oav@seguridadvial.gob.ar

CA-CC 9.1 Aplicación de Tasas Diferenciales por Lugar de Residencia del Asegurado. Zona de Bajo riesgo. Cambio de Domicilio

"Advertencia al asegurado: Cuando se tratare de pólizas contratadas con tarifa diferencial, en razón del domicilio del asegurado, o la guarda normal del vehículo, éste deberá acreditarlo con documentación fehaciente en el momento de la contratación, o cuando el Asegurador lo requiera, el cual debe figurar en el Frente de Póliza. La falsa declaración o reticencia en dicha declaración produce la nulidad del contrato de acuerdo con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley de Seguros. Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado cambiare de domicilio y/o lugar de la guarda normal habitual trasladándolo a una zona de mayor riesgo (según se detalla a continuación) deberá comunicarlo al Asegurador en forma fehaciente antes de producido el cambio, a los fines de que éste proceda a reajustar el premio. La omisión de esta comunicación, producirá en forma automática la suspensión de la cobertura del casco del vehículo asegurado, hasta que se diere cumplimiento a esta exigencia."



Boedo 119/125 (C1206AAB) – Capital Federal
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)4865-5162
República Argentina

Certificado Nº: 8258013 M

MERCOSUL – MERCOSUR
CERTIFICADO DE APOLICE – CERTIFICADO DE POLIZA

Certificado de apólice única de responsabilidad civil do propietario e/ou condutor de veiculos de passeio ou de aluguel nao matriculados no pais de ingreso en viagem internacional. Danos causados a pessoas ou objetos nao transportados.
Certificado de póliza única de seguro de responsabilidad civil del propietario y/o condutor de vehiculos de paseo o de alquiler no matriculados en el país de ingreso en viaje internacional. Daños causados a personas o cosas no transportadas.

Seguradora / Aseguradora: **ORBIS COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**
País / País: **ARGENTINA** Apólice / Póliza: **8258013**
Vigência / Validez: 23/08/2022 a 23/12/2022
Segurado / Asegurado: **SACHETTI CARLOS RODOLFO**
Endereço / Domicilio: S/N NOMBRE S/N 00
Marca / Modelo: VOLKSWAGEN GOL 1.6 5 P TREND L/13
Chassis / Chasis: 9BWAB05U0DT152056
Motor/ Motor: CFZ955485
Placa / Matrícula: MEA154 Ano / Año: 2013

Certifica que o veiculo cujos dados enumeram-se anteriormente esta amparado no risco de responsabilidad civil, segundo os valores e condicoes establecidas na Resolucao do Grupo Mercado Comun para os paises integrantes do Mercosul.
Certifica que el vehículo, cuyos datos se detallan anteriormente, se encuentra amparado en el riesgo de responsabilidad civil conforme a los montos y condiciones establecidas en la Resolución del Grupo Mercado Común a los países integrantes del Mercosur.

Importancias seguras e limites máximos de responsabilidad por veiculo
Sumas aseguradas y límites máximos de responsabilidad civil por vehículo

Danos a terceiros nao transportados / Daños a terceros no transportados
Morte e/ou danos pessoais / Muerte y/o daños personales
Por pessoa / Por persona: u\$s40.000 – Límite máximo por evento u\$s200.000-
Danos materiais / Daños materiales
Por terceiro / Por tercero: u\$s10.000 – Límite máximo por evento u\$s40.000-

Esta cobertura comprende os seguintes paises / Esta cobertura comprende los siguientes países:

URUGUAY – PARAGUAY - BRASIL

Enderecos das seguradoras representantes / Direcciones de aseguradoras representantes.

URUGUAY: Universal Assistance Uruguay – Colonia 950 Piso 10 – Montevideo Te: (598) 2091-7378 int. 209

PARAGUAY: El Comercio Paraguayo S.A. – Alberdi 453 – Asunción Te: (59521)-439-3107

BRASIL: Generali Brasil Seguros - Avenida Rio Branco, 128 5º andar
Centro - RJ - CEP 20040-002 - Te: Regiones Metropolitanas 3004 5858
Demás regiones 0800 70 70 211

CO-EX 9.1 Extensión de la Cobertura de Responsabilidad Civil a Países de Sudamérica que no forman parte del Mercosur

Queda entendido y convenido que el asegurador extiende la cobertura de Responsabilidad Civil indicada en el Frente de la Póliza exclusivamente durante el viaje de ida y vuelta por vía terrestre o fluvial y la permanencia del vehículo asegurado en los distintos países de Sudamérica que no forman parte del MERCOSUR, indicados en el Frente de Póliza. A la presente extensión de cobertura, le serán aplicables las condiciones contractuales de la cobertura de Responsabilidad Civil - Seguro Voluntario del capítulo CG-RC de la presente póliza, hasta la suma máxima asegurada de U\$S 200.000. Comprende los siguientes países: **BOLIVIA – CHILE**

Representante el Chile: HDI Seguros S.A.

Dirección: Alonso de Córdova 5151, Oficina 1801 - Las Condes - Santiago – Chile - Fax: (2) 27154860

Representante en Bolivia: MARCONSULT BOLIVIA S.R.L.

Dirección: Calle Gosalvez Nº 240 esq. Av. 6 de agosto, Planta baja – Oficina 2, La Paz, Bolivia.

Nombre de Contacto: Alberto Irahola – Jefe de Operaciones

email: marconsultbolivia@holdingfidens.com y britan@grupomci.com

Teléfonos: +591 22432444 / 2432444 / 2432323

Buenos Aires
Cidade / Ciudad

17/08/2022
Data / Fecha


Ricardo E. Brugnone
Presidente
Orbis Cia. Arg. de Seguros S.A.
Assinatura e Carimbo da Seguradora
Firma y sello de la Aseguradora



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: SACHETTI CARLOS RODOLFO

SECCION
4
AUT. - IND. 8258013/
74329330

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

21

1301,00

/

/

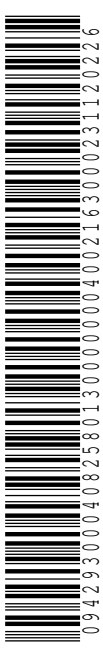
CUOTA N°:

4 / 4

VTO: 23/11/2022

IMPORTE: \$ 2163,00

Son Pesos: DOS MIL CIENTO SESENTA Y TRES.-



PROXIMO VTO: 23/12/2022 – Fecha Limite de Pago-02/12/2022
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

ELEAS ELIAS AMIN MATR.: 86.174

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL ORBIS - ID: 4290979/



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL ORBIS - ID: XXXXXXXXXXXXX/XXXXXX



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: SACHETTI CARLOS RODOLFO

SECCION
4
AUT. - IND. 8258013/
74329330

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

21

1301,00

/

/

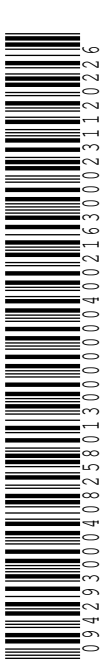
CUOTA N°:

4 / 4

VTO: 23/11/2022

IMPORTE: \$ 2163,00

Son Pesos: DOS MIL CIENTO SESENTA Y TRES.-



PROXIMO VTO: 23/12/2022 – Fecha Limite de Pago-02/12/2022
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

ELEAS ELIAS AMIN MATR.: 86.174

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL Productor - ID: 4290979/



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL Productor - ID: XXXXXXXXXXXXX/XXXXXX



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: SACHETTI CARLOS RODOLFO

SECCION
4
AUT. - IND. 8258013/
74329330

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

21

1301,00

/

/

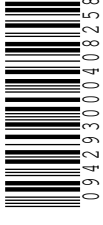
CUOTA N°:

4 / 4

VTO: 23/11/2022

IMPORTE: \$ 2163,00

Son Pesos: DOS MIL CIENTO SESENTA Y TRES.-



PROXIMO VTO: 23/12/2022 – Fecha Limite de Pago-02/12/2022
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

ELEAS ELIAS AMIN MATR.: 86.174

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL Asegurado - ID: 4290979/



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____

COMPROBANTE SIN VALOR FISCAL Asegurado - ID: XXXXXXXXXXXXX/XXXXXX



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. – Republica Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213
CUIT Nº 30-5000566-1 – JUBILACION Nº 50005666
INGRESOS BRUTOS Nº 901-56665-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SECCION
XX
AUT. - IND. XXXXXXXXXXXX/XXXXXX

POLIZA

SECCION

IMPORTE

POLIZA

IMPORTE

XX

XXXXXXXXXX

/

/

CUOTA N°:

XXXX/XX

VTO: XXXXXXXXXXXX

IMPORTE: \$

Son Pesos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROXIMO VTO: XXXXXXXXXXXX – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
EFFECTIVO / CHEQUE (Tache lo que no corresponda) / IMPRESO: 21/11/2024

BANCO: _____ SUC: _____

NUMERO: _____ \$: _____

FECHA PAGO: ____/____/____ FIRMA: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX MATR.: _____



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. - República Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213

CUIT N° 30-50005666-1 – JUBILACION N° 50005666
INGRESOS BRUTOS N° 901-959935-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

Documento	Lugar y Fecha de Emisión		Póliza N°	Endoso N°
Copia Poliza	Buenos Aires, 17/08/2022		4395930	*****
Sección		Vigencia		Renueva Póliza
VIDA INDIVIDUAL		Desde las 0 hs. del 23/08/2022	Hasta las 24 hs. del 23/12/2022	4208528
Asegurado				
SACHETTI CARLOS RODOLFO S/N NOMBRE S/N 00		Fecha de Nacimiento:15/12/1986 C.P.: 04157 EL RINCON (VILL - TUCUMAN		N° Asegurado: 1958640
Actividad / Ocupación:		CUIT: 20-32740135-2		I.V.A.: Consumidor Final
Email:		Teléfono:		Sexo:

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación				
COBERTURA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, SEGUN ANEXO 1 DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO TEMPORARIO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE (PROVEIDO NRO.116155 - FECHA: 02/05/12).				
COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, SEGUN ANEXO 1 DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO TEMPORARIO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE (PROVEIDO NRO 116155 - FECHA 02/05/12).				
BENEFICIARIO DEL SEGURO: SEGUN LO DECLARADO EN LA SOLICITUD DE EMISION Y DETALLADOS MAS ABAJO. CUANDO EL ASEGURADO NO _				
DESIGNE BENEFICIARIO O POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACION _				
RESULTE INEFICAZ O QUEDE SIN EFECTO, SE ENTIENDE QUE DESIGNO A SUS HEREDEROS				
DATOS DEL BENEFICIARIO:				
APELLIDO - NOMBRE	DNI	PARENTESCO	%	
“Moneda de emisión del presente contrato: Pesos”				
Advertencia al Asegurado: Resolución 407/01 del ME: 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 S.S.N.; 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 S.S.N. 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 siguiente 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 ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.				

Cláusulas y/o Anexos que forman parte integrante de este contrato				

Los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante", se utilizarán indistintamente en esta póliza, por lo que se les debe dar el significado que corresponda.		Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido en 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)		
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de La Nación mediante RESOLUCION SSN NRO 21.357 Y NRO 38.708				

Agente ELEAS ELIAS AMIN		Código Productor: 65.0180.0001		Matrícula 86.174
Prima	Bonificación	Recargos Financieros	T.E.A.	Otros Impuestos
3.426,54			%	20,56
Suma Asegurada	Sellados	I.V.A.	Otros Gastos	Premio
500.000.-				3.447,10

Prima	Comisión S/ Prima	Comisión Bruta	Comisión Neta	Retenciones
3.426,54	26,57 %	910,55	846,81	63,74

Forma de Pago Productor				
1/	4	2/09/2022	\$	861,10
2/	4	2/10/2022	\$	862,00
3/	4	2/11/2022	\$	862,00
4/	4	2/12/2022	\$	862,00



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. - República Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213

CUIT N° 30-50005666-1 – JUBILACION N° 50005666
INGRESOS BRUTOS N° 901-959935-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

Hoja N° 001

Asegurado	Póliza N°	Endoso N°
SACHETTI CARLOS RODOLFO	4395930	*****

Detalle del Anexo			
APELLIDO – NOMBRE	DNI	PARENTESCO	%

La presente documentación se ajusta en un todo a las previsiones reglamentarias establecidas en la Resolución Nro. 33.463, Art. 1º, Inc. 25 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Ante cualquier diferencia entre los contenidos de ésta y su ejemplar original, se tendrán por válidas exclusivamente las estipulaciones del original y ello acarreará la nulidad absoluta de la copia generada desde el sitio Web (www.orbiseguros.com.ar).
La entrega de la documentación por medio electrónico se realiza por expresa conformidad prestada por el Asegurado y/o Tomador del seguro, sin perjuicio de lo cual los mencionados conservan su derecho de solicitar, en cualquier momento, a la aseguradora un ejemplar en original de la misma.



Boedo 119/125 (C1206AAB) – C.A.B.A. - República Argentina
Tel. (54-011)5861-8150 – Fax (54-011)5861-8150 int.8213

CUIT N° 30-50005666-1 – JUBILACION N° 50005666
INGRESOS BRUTOS N° 901-959935-1 – I.V.A.: RESPONSABLE INSCRIPTO

Hoja N° 001

Asegurado	Póliza N°	Endoso N°
SACHETTI CARLOS RODOLFO	4395930	*****

Detalle del Anexo			
APELLIDO – NOMBRE	DNI	PARENTESCO	%

La presente documentación se ajusta en un todo a las previsiones reglamentarias establecidas en la Resolución Nro. 33.463, Art. 1º, Inc. 25 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Ante cualquier diferencia entre los contenidos de ésta y su ejemplar original, se tendrán por válidas exclusivamente las estipulaciones del original y ello acarreará la nulidad absoluta de la copia generada desde el sitio Web (www.orbiseguros.com.ar).
La entrega de la documentación por medio electrónico se realiza por expresa conformidad prestada por el Asegurado y/o Tomador del seguro, sin perjuicio de lo cual los mencionados conservan su derecho de solicitar, en cualquier momento, a la aseguradora un ejemplar en original de la misma.